



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Comunitária:
Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

COMUNIDADE COMPASSIVA: UMA ESTRATÉGIA EMPODERADORA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

*COMPASSIONATE COMMUNITY:
AN EMPOWERING STRATEGY OF HEALTH PROMOTION*

Por Sara Dinis Alves da Cruz Fialho

Lisboa, 2020



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Comunitária:

Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

COMUNIDADE COMPASSIVA: UMA ESTRATÉGIA EMPODERADORA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

*COMPASSIONATE COMMUNITY:
AN EMPOWERING STRATEGY OF HEALTH PROMOTION*

Por Sara Dinis Alves da Cruz Fialho

Sob a orientação da Prof.^a Doutora Amélia Maria Simões Figueiredo

Lisboa, 2020

“Sozinhos podemos ir mais rápido, mas juntos iremos mais longe”

Victor Hugo

*Dedico com amor aos meus pais,
os meus melhores amigos.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo incentivo e apoio em todo este caminho, obrigada por acreditarem em mim!

Ao meu marido Hugo, pela amizade, paciência, motivação e compreensão.

Às minhas queridas filhas Mariana e Matilde, pelos vossos sorrisos que iluminaram a minha força em todo este percurso.

Aos meus amigos, pela compreensão de não ter estado presente nalguns momentos.

A todos os professores, que me acompanharam neste percurso pessoal e profissional, especialmente à Prof.^a Amélia Simões Figueiredo pelo seu enorme envolvimento no meu processo de aprendizagem, numa tutoria marcada pela amizade, disponibilidade, apoio e proximidade.

À Sr.^a Enf.^a Orientadora pela partilha do seu saber e a sua arte do cuidar na comunidade, pelo seu apoio, orientação, disponibilidade, colaboração e acima de tudo pelo voto de confiança.

À Sr.^a Enf.^a Gestora e à equipa da UCC, em especial aos colegas da ECCI, pelo carinho com que me acolheram.

Às minhas colegas da USF Moscavide pelo apoio, motivação, disponibilidade e compreensão nos momentos mais difíceis.

Às minhas “colegas de armas” do 12º Curso de Mestrado, em especial à Ana Januário, Ana Chambel, Cláudia Ramalho e Lígia Domingues, pela vossa amizade e apoio incondicional em todos os momentos.

A todos, um Bem-Haja!

RESUMO

O envelhecimento da população exige respostas multidisciplinares e multisectoriais. O aumento da prevalência das doenças crónicas, graves, incapacitantes e progressivas, na sua maioria caracterizadas com necessidades paliativas, corresponde a um desafio social tornando-se num grave problema de Saúde Pública.

Capacitar a Comunidade na resposta às necessidades dos seus membros com doença avançada e em fim de vida e dos seus cuidadores, necessita de uma abordagem de Promoção da Saúde baseada no Empoderamento Comunitário. Empoderar a Comunidade no Cuidado Paliativo, traduz-se num aumento da qualidade de vida dos seus membros que vivem nestas situações de grande vulnerabilidade e de sofrimento. A prática de Comunidade Compassiva surge como uma estratégia útil inerente a este processo. Procura capacitar as Comunidades nos cuidados mediante a criação de uma cultura baseada na compaixão, complementando ao mesmo tempo a abordagem holística que os Cuidados Paliativos procuram a nível comunitário.

Neste sentido, procedeu-se ao desenvolvimento e implementação de um projeto de intervenção comunitária orientado para a Comunidade como cliente. Teve como objetivo geral contribuir para a melhoria da Gestão Comunitária através da promoção da Liderança Comunitária, capacitando a Comunidade Residencial para Pessoas Idosas no cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida. A intervenção desenvolveu-se segundo a Metodologia do Planeamento da Saúde e o referencial teórico foi suportado pelo Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC). Para o Diagnóstico de Situação utilizou-se a técnica de *focus group*. Os dados foram analisados recorrendo-se à técnica de análise de conteúdo. As necessidades identificadas foram priorizadas estando relacionadas com o défice de conhecimento na definição conceptual de Cuidados Paliativos, Empatia, Compaixão e no Processo inerente à Morte e à Comunicação com a pessoa e família. Optou-se pela estratégia de Educação para a Saúde.

A avaliação da intervenção, de acordo com os indicadores de atividade e de resultado estabelecidos, revelou-se positiva. Sugere ganhos significativos na aquisição de conhecimentos, fulcral para o Empoderamento Comunitário.

Palavras-Chave: Comunidade Compassiva, Cuidados Paliativos, Promoção da Saúde, Empoderamento Comunitário.

ABSTRACT

Population ageing requires multidisciplinary and multisectoral responses. The increased prevalence of chronic, severe, disabling and progressive diseases, mostly characterized with palliative needs, corresponds to a social challenge becoming a serious Public Health problem.

Empowering the Community in response to the needs of its members with advanced disease and at the end-of-life situation and their caregivers, requires a Health Promotion approach based on Community Empowerment. Empowering the Community in Palliative Care, translates into an increase in the quality of life of its members living in these situations of great vulnerability and suffering. Compassionate Community practice emerges as a useful strategy inherent in this process. It seeks to empower Communities in care by creating a culture based on compassion, while complementing the holistic approach that Palliative Care seeks at community level.

In this sense, was developed and implemented a community intervention project oriented as Community as client. The general objective was to contribute to the improvement of Community Management through the promotion of Community Leadership, empowering the Residential Community for Older People in the care of people with advanced disease and at the end of life. The intervention was developed according to the Health Planning Methodology and the theoretical framework was supported by the Community Evaluation, Intervention and Empowerment Model. For the Diagnosis of the Situation, was used the focus group technique. The data were analysed using the content analysis technique. The identified needs were prioritized being related to the lack of knowledge in the conceptual definition of Palliative Care, Empathy, Compassion and in the Process inherent to Death and Communication with the person and family. The Health Education strategy was chosen.

The assessment of the intervention, according to the established activity and outcome indicators, turned out quite positive. It suggests significant gains in knowledge acquisition, central to Community Empowerment.

Keywords: Compassionate Community, Palliative Care, Health Promotion, Community Empowerment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAD – Ajudantes de Ação Direta

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA – American Psychological Association

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

DL – Decreto-Lei

EEESCSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP – Equipa Intra-Hospital de Suporte em Cuidados Paliativos

Enf.^a – Enfermeira

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

MAIEC - Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPCP – Observatório Português de Cuidados Paliativos

PEDCP – Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

PLS – Plano Local de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

Sr.^a – Senhora

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Universidade Católica Portuguesa

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	23
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	25
1.1 PERFIL DE SAÚDE DO CONCELHO DE ABRANGÊNCIA	27
1.2 JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA	28
2. COMUNIDADE COMPASSIVA COMO PRÁTICA EMPODERADORA DA COMUNIDADE NO CUIDADO PALIATIVO	31
2.1. COMUNIDADE COMPASSIVA: Uma Revisão Integrativa da Literatura	31
2.1.1. Cuidados Paliativos na Comunidade: Uma Necessidade Emergente	39
2.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE	45
2.2.1. O MAIEC e o Empoderamento Comunitário	50
3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO DA SAÚDE	55
3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	55
3.1.1. Comunidade e Sub-comunidade	56
3.1.2. Determinação das Necessidades	58
3.1.3. Diagnósticos de Enfermagem Comunitária	63
3.2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	66
3.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	68
3.3.1. Indicadores e Metas	69
3.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	71
3.5. ELABORAÇÃO DO PROJETO	73
3.6. PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	74
3.6.1. Operacionalização – Sessão “ <i>Cuidar com Compaixão a pessoa com doença avançada e em fim de vida</i> ”	74
3.7. AVALIAÇÃO	76
4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	81
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	81
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA ...	83
4.3. COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM	85

5. CONCLUSÃO	89
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
 APÊNDICES	 99
APÊNDICE I – Projeto de Estágio	101
APÊNDICE II – Fluxograma PRISMA	123
APÊNDICE III- Tabela de Extração de Resultados da RIL	127
APÊNDICE IV – Resumos das reuniões com os parceiros comunitários	135
APÊNDICE V – Pedido de autorização ao Diretor Executivo do ACES	139
APÊNDICE VI – Guião do <i>Focus Group</i> e Consentimento Livre e Esclarecido	143
APÊNDICE VII – Matriz de Análise de Conteúdo da ERPI A e ERPI B	149
APÊNDICE VIII – Unidades de Registo da ERPI A e ERPI B	153
APÊNDICE IX – Método de Hanlon	163
APÊNDICE X – Retorno dos resultados do <i>Focus Group</i> à ERPI B	167
APÊNDICE XI – Cronograma das Atividades desenvolvidas	171
APÊNDICE XII – Cartazes de divulgação das sessões do Módulo I e II	175
APÊNDICE XIII – Planos de sessão do Módulo I e II	179
APÊNDICE XIV – Sessão do Módulo I	185
APÊNDICE XV – Sessão do Módulo II.....	195
APÊNDICE XVI – Questionário de satisfação da Sessão	203
APÊNDICE XVII - Ficha de avaliação de conhecimentos	207
 ANEXOS	 211
ANEXO I - Critérios de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem do MAIEC	213
ANEXO II - Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário	219

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- “5 Cycles of Care”	37
Figura 2 – Evolução do Índice de Envelhecimento em Portugal	40
Figura 3 - <i>Continuum</i> de Cuidados Paliativos Compassivos	44
Figura 4- Conceitos Metaparadigmáticos do MAIEC	51
Figura 5 – Matriz de Decisão Clínica do MAIEC	53
Figura 6 – Critérios de Diagnóstico	65
Figura 7 – Diagnósticos de Enfermagem Comunitária	66

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Necessidades Identificadas	63
Quadro 2 – Resultados da avaliação da Atividade de Diagnóstico da Dimensão Participação Comunitária	64
Quadro 3 – Resultados da avaliação da Atividade de Diagnóstico da Dimensão Liderança Comunitária	64
Quadro 4 – Resultados da avaliação da Atividade de Diagnóstico da Dimensão Processo Comunitário	65
Quadro 5 – Resultados do Método de Priorização	67
Quadro 6 – Necessidades Priorizadas	67
Quadro 7 – Intervenções do Foco Central Gestão Comunitária e da Dimensão Liderança Comunitária	68
Quadro 8 – Objetivos Específicos e Metas	69
Quadro 9 – Indicadores de Atividade	70
Quadro 10 – Indicadores de Resultado	70
Quadro 11 – Avaliação dos Indicadores de Atividade	77
Quadro 12 – Avaliação dos Indicadores de Resultado	77

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Resultados do Questionário de Satisfação	79
--	----

0.INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito da UC Estágio Final e Relatório integrada no 3º semestre do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Lisboa do ICS da UCP. A sua elaboração, aprovação e discussão pública visam a obtenção do grau de mestre em Enfermagem.

Sendo este um Mestrado de Natureza Profissional, a prática clínica desenvolvida em Estágio assume-se como uma componente importante na aquisição de competências específicas nesta área de especialização, que “*visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades*” (UCP 2017, p.6). Este Estágio foi desenvolvido numa UCC da ARSLVT no período de 9 de setembro a 18 de dezembro de 2019, tendo o presente Relatório como objetivo geral documentar a aquisição e desenvolvimento de aprendizagens (conhecimentos, aptidões e competências) adquiridas no decorrer do mesmo. Neste sentido enquadra a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica, evidencia a capacidade de reflexão sobre as práticas, demonstra a capacidade de implementar um projeto de intervenção comunitária, divulgando e avaliando os seus resultados e fundamenta as competências desenvolvidas no sentido de uma Enfermagem Avançada.

Durante este Estágio foi desenvolvido o projeto de intervenção comunitária “*Comunidade Compassiva: Uma Estratégia Empoderadora da Promoção da Saúde*”, de acordo com a Metodologia do Planeamento da Saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993). O seu planeamento e desenvolvimento foram suportados pelo Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) assumindo uma abordagem à Comunidade enquanto unidade dos Cuidados de Enfermagem. No início da UC foi elaborado o Projeto de Estágio (Apêndice I) que visava o planeamento da futura intervenção.

A temática do projeto decorreu do Diagnóstico de Situação realizado no contexto de intervenção da UCC e de um desafio da Sr.^a Enf^a Orientadora, por haver interesse neste assunto e pouco conhecimento na área. Decidiu-se, aproveitando esta oportunidade, investir na área dos Cuidados de Enfermagem na Comunidade no âmbito dos Cuidados Paliativos, nomeadamente na promoção para uma cultura de Comunidade Compassiva junto dos parceiros comunitários. Este projeto foi enquadrado num contexto de intervenção comunitária, como potenciadora da capacitação comunitária, alicerçada quer na responsabilidade social quer em parcerias empoderadoras (Melo, Silva & Figueiredo, 2018).

O aumento da esperança de vida, em simultâneo com o decréscimo da natalidade levou a um envelhecimento da população fazendo emergir novas problemáticas. Aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde à medida que envelhecem torna-se um desafio, a que a Enfermagem terá de saber dar resposta. Neste sentido o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2019/2020 (Despacho nº 372/2019) define a promoção da prática de “**comunidades compassivas**” como uma das estratégias de suporte social, de apoio à família e de importância da Comunidade, pelo que se atribui à intervenção nesta temática uma pertinência acrescida. Torna-se por isso imprescindível promover o Empoderamento Comunitário no Cuidado Paliativo, contribuindo para a promoção de uma prática de Promoção da Saúde no sentido de capacitar a Comunidade, para que de forma autónoma, alcance uma maior influência e controlo sobre os seus determinantes de saúde e a sua qualidade de vida.

Este Relatório encontra-se dividido em 5 capítulos. No primeiro capítulo é feita uma breve contextualização do local onde decorreu o Estágio Final, seguido do segundo capítulo referente ao enquadramento teórico e à pertinência científica da temática, baseada na evidência. O terceiro capítulo é dedicado à metodologia utilizada no desenvolvimento do projeto, e no quarto é apresentada uma análise reflexiva de todas as competências desenvolvidas no decorrer do Estágio. Segue-se o último capítulo, onde se tecem as conclusões sobre o trabalho desenvolvido.

O Relatório segue as orientações de organização e apresentação contempladas no *Guia da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”* (UCP,2019), no âmbito do Mestrado em Enfermagem, sendo que as citações e Referências Bibliográficas encontram-se de acordo com as normas APA, 6ª Edição.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A Comunidade é por excelência o local de eleição para a intervenção comunitária. A UCC detém um papel preponderante prestando cuidados de saúde de proximidade na Comunidade onde o EEESCSP tem uma ação determinante,

“no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania. Deste modo, intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas...”. (Regulamento nº 428/2018, p.19356).

No âmbito da reforma dos Cuidados de Saúde Primários é referido que a estrutura organizacional dos Centros de Saúde deverá assentar em pequenas unidades organizacionais. Surgiu então o DL n.º 28 / 2008 de 22 de fevereiro, que regula e caracteriza a constituição dos ACES, com todas as suas unidades funcionais. Uma destas unidades é a UCC sendo definida nos termos do nº1 do artigo 11º deste DL, como uma unidade que:

“presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (p.1184).

De acordo com o Plano de Ação de 2019, a UCC da ARSLVT onde decorreu o Estágio Final desenvolve a sua atividade comunitária dispondo de uma equipa multiprofissional e em grande articulação com as equipas funcionais do respetivo ACES. A área geográfica da sua intervenção corresponde à área geográfica do Concelho, distribuído por 10 freguesias, com um total de 174 030 habitantes, de acordo com o Censos 2011 (INE, 2012). Esta Unidade foi criada no ano de 2010 e funciona de 2ª à 6ª feira das 8 h às 20 h e aos sábados, domingos e feriados das 8h às 16h.

Tem como missão a prestação de cuidados de saúde e de apoio psicológico e social assegurando:

✓ Atividades que visam o bem-estar e o desenvolvimento da comunidade, integrando e articulando com as instituições parceiras da comunidade (**onde se insere a intervenção comunitária realizada**);

✓ Atividades no âmbito da proteção e promoção de saúde da comunidade, com incidência prioritária na prestação de cuidados a grupos populacionais vulneráveis;

✓ Intervenções dirigidas ao indivíduo e família, ao nível da prevenção, reabilitação e palição, especialmente a pessoas com marcada dependência física e funcional e/ou com problemas de saúde que necessitem de um acompanhamento contínuo e de proximidade, em particular no domicílio.

A equipa multiprofissional da UCC dá prioridade à melhoria contínua da qualidade em saúde, à reflexão sobre a prática, para a definição de objetivos da prestação de cuidados e para a seleção de estratégias adequadas para os alcançar. Deste modo, existe um envolvimento de todos os profissionais, leia-se uma responsabilidade multiprofissional com resultados na qualidade em saúde. A UCC é uma unidade de referência pela sua articulação constante e em complementaridade com a Unidade de Saúde Pública e ainda com as restantes Unidades Funcionais do ACES em que se integra.

A equipa multidisciplinar é constituída maioritariamente por enfermeiros, em que todos os profissionais da equipa são responsáveis pela concretização dos objetivos da UCC, entre eles: 17 enfermeiros, 1 técnica de serviço social, 1 assistente operacional e 1 assistente técnico.

A referida UCC tem programas específicos na área da Saúde da Mulher/Materna e de Reabilitação. Porém, a UCC participa em outros programas: Saúde Escolar e Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. O seu Plano de Ação assenta num diagnóstico de saúde elaborado com contributos de dados recolhidos na Rede Social do Concelho e compreende os projetos que se descrevem de modo a dar resposta às necessidades de saúde e sociais da população alvo. Atualmente todos os projetos mantêm-se em desenvolvimento, esta unidade funcional desenvolve toda a sua intervenção comunitária em parceria com a comunidade, envolvendo todas as entidades concelhias nas mais diversas áreas da sociedade e saúde abrangendo todo o ciclo vital da pessoa.

Paralelamente a UCC, através da ECCI, participa também na RNCCI, configurando deste modo, um contexto de estágio privilegiado para a área de especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. De acordo com o DL nº 101/2006, cabe à UCC constituir a ECCI sendo na sua essência uma equipa multidisciplinar que visa

a prestação de cuidados “a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma” (p.3862).

Torna-se importante referir que o Estágio Final foi realizado nesta Equipa da UCC constituída atualmente por 11 enfermeiros, com idades compreendidas entre os 30 e os 55 anos de idade. Tem um Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária, com pós-graduação em Cuidados Paliativos; um enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica; três enfermeiros Especialistas em Reabilitação; um enfermeiro de cuidados gerais com Mestrado em Cuidados Paliativos; e quatro enfermeiros de cuidados gerais. Todos os enfermeiros (à exceção de apenas um, recém-chegado à equipa) têm formação em Cuidados Paliativos, a diferentes níveis.

1.1 PERFIL DE SAÚDE DO CONCELHO DE ABRANGÊNCIA

A área de intervenção da UCC abrange toda a população residente no concelho, perfazendo um total de 169.070 habitantes (Pordata,2018), representando 4,6 % da população da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

O Índice de Envelhecimento no Concelho aumentou cerca de 24.3% entre 2010 e 2018, o que significa um aumento do envelhecimento da população. Em 2018, o índice de envelhecimento foi de 154, traduzindo-se em 154 adultos com mais de 65 anos por cada 100 jovens com menos de 15 anos (Pordata,2018).

A esperança de vida à nascença apresentou um crescimento progressivo nos últimos 20 anos, sendo de 77,8 anos para os homens e de 83,6 anos para as mulheres, valores inferiores aos da Região de Lisboa Vale do Tejo. A taxa bruta de natalidade registou um declínio entre 2010 e 2013 com um aumento posterior até 2016. Por sua vez o índice sintético de fecundidade foi de 1,54 nascimentos por mulher em idade fértil, superior ao valor do Continente e inferior ao da Região de Lisboa e Vale do Tejo (1,38 e 1,57, respetivamente), sendo inferior ao valor de 2,1 nascimentos por mulher em idade fértil, número mínimo que garante a substituição das gerações nos países de alto rendimento (DGS,2017).

A taxa bruta de mortalidade foi de 12,4 óbitos por 1000 habitantes em 2018 (Pordata,2018). As taxas brutas de mortalidade da Região e do Continente foram inferiores à do Concelho em questão. O envelhecimento da população não parece ser o único fator determinante desse facto. A taxa de mortalidade específica por tumores malignos tem aumentado na última década, tendo sido de 3,0 óbitos por 1000 habitantes em 2015. A taxa

de mortalidade prematura (<75 anos) padronizada pela idade, em ambos os sexos, relacionada com os tumores malignos representa um dos principais problemas de saúde mais evidentes no Concelho (DGS,2017).

Face ao perfil de saúde, falar no envelhecimento da população e no consequente aumento de doenças crónicas, incuráveis e incapacitantes, remete-nos para uma análise da situação de saúde atual e das várias respostas consistentes com a problemática. As alterações demográficas e do padrão de doença, vieram impor novas necessidades, obrigando a repensar a organização dos cuidados de saúde, devendo a integração dos cuidados prestados assumir um papel fulcral nos novos modelos de gestão da doença crónica, com uma melhor qualidade de vida. Deste modo, considerar os Cuidados Paliativos como resposta adequada, é reflexo de melhoria da qualidade de cuidados prestados à população.

1.2. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

A população abrangida pela UCC está envelhecida, o que implica o aumento do número de utentes com doença crónica, avançada e incapacitante e com potenciais necessidades paliativas, tornando premente a necessidade da existência de equipas e unidades capazes de assegurarem a prestação de cuidados neste âmbito. Sendo uma problemática bastante atual, representa acima de tudo um desafio e emergência social tornando-se um grave problema de Saúde Pública.

A criação da RNCCI, de acordo com o DL nº 101/2006, de 6 de junho, procura dar resposta às carências de cuidados, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, do aumento de pessoas idosas com dependência funcional e de doentes com patologia crónica. Esta rede é constituída por equipas e unidades de saúde, de apoio social e de cuidados paliativos, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços locais e distritais de segurança social, a rede de solidariedade (como as Instituições Particulares de Segurança Social e as Misericórdias) e as autarquias locais.

A RNCCI inclui, em termos de respostas domiciliárias, dois tipos de equipas: as ECCI e as ECSCP. As primeiras, tal como descrito anteriormente, prestam cuidados a pessoas em situação de dependência funcional ou em processo de convalescença. As outras equipas asseguram a prestação de cuidados paliativos domiciliários a doentes com necessidades paliativas complexas, o apoio às suas famílias e/ou cuidadores, a consultadoria técnica a todas as unidades funcionais do ACES, nomeadamente às USF e às

UCC, e a formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários (DL nº 101/2006).

Contudo, a inexistência de uma ECSCP neste ACES implica que seja a ECCI a assegurar a prestação de cuidados domiciliários no âmbito dos Cuidados Paliativos. Nas situações em que o ACES não tem capacidade para constituir uma ECSCP e até que a mesma se venha a formar, as equipas de Cuidados Paliativos dos hospitais de referência podem prestar Cuidados Paliativos domiciliários em estreita articulação com os profissionais desse ACES, incluindo das ECCI (ACSS,2017). No entanto, existe um projeto de implementação de uma ECSCP no ACES, encontrando-se no momento em fase de aprovação pelo Conselho Executivo. Esta futura Equipa será constituída por profissionais de saúde com formação avançada em Cuidados Paliativos, sendo a Sr.^a Enf.^a Orientadora um dos seus elementos constituintes da mesma. Por esta razão, e após análise e reflexão considerou-se inequívoca a necessidade de elaborar um projeto de intervenção comunitária neste âmbito, tendo a Comunidade como unidade de intervenção. Surgiu assim a temática das Comunidades Compassivas, trazendo a problemática dos Cuidados Paliativos para a Comunidade. De referir que este projeto irá integrar-se futuramente na intervenção desta Equipa.

Pelos motivos expostos, este projeto pretende por um lado contribuir para a operacionalização do PEDCP para o biénio 2019/2020, através da promoção de uma cultura de compaixão junto dos parceiros comunitários, e por outro do PLS 2017-2020 do ACES, que define como uma das suas áreas prioritárias de intervenção a “*Cidadania em Saúde*”, identificando a “*participação comunitária*” como um dos fatores determinantes desta área. É neste âmbito que se enquadra a pertinência do projeto, visto que se pretende contribuir para a Promoção da Saúde da Comunidade. Torna-se assim emergente o envolvimento da Comunidade na identificação das suas necessidades em saúde, centrando-se as estratégias de intervenção no Empoderamento Comunitário, através da potencialização das suas forças, recursos e competências (Melo, Silva & Figueiredo,2018).

O Capítulo seguinte é dedicado ao enquadramento teórico, que suporta toda a pertinência e justificação da temática.

2. COMUNIDADE COMPASSIVA COMO PRÁTICA EMPODERADORA DA COMUNIDADE NO CUIDADO PALIATIVO

Inerente à realização de um projeto e à aquisição e desenvolvimento de competências profissionais e pessoais, está implícita a realização de uma revisão da literatura. Permitindo, desta forma, a aprendizagem e revisão de conceitos, por fontes fidedignas e atuais, que auxiliam a tomada de decisão baseada na evidência científica disponível. Este capítulo refere-se ao enquadramento teórico e à pertinência científica da temática, baseada na evidência, através da realização de uma RIL.

2.1. COMUNIDADE COMPASSIVA: Revisão Integrativa da Literatura

RESUMO

Introdução: O aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população não têm implicado ou garantido uma vivência com maior qualidade ou sensação de bem-estar. Desenvolver a capacidade da comunidade no apoio à morte, no morrer e na perda é um importante problema de Saúde Pública nos Cuidados Paliativos. As comunidades compassivas são uma possível resposta ao desafio colocado a uma sociedade em envelhecimento, através do envolvimento da Comunidade nos cuidados.

Objetivo: Identificar os ganhos em saúde pública inerentes à prática de comunidades compassivas no âmbito dos cuidados paliativos e em fim de vida.

Metodologia: Revisão Integrativa da Literatura. Pesquisa nas bases de dados *PUBMED* e *EBSCO-Host*, realizada em setembro de 2019. Foi aplicado um conjunto de descritores e critérios de inclusão. Obteve-se uma amostra final de 11 artigos, publicados entre 2016-2019.

Resultados: A prática de comunidades compassivas melhora a qualidade de vida das pessoas com doença avançada, mediante o empoderamento social e a satisfação das necessidades de cuidados. A evidência demonstra que evitam o isolamento social e a sobrecarga do cuidador informal e formal, sendo igualmente fundamental no apoio ao luto.

Conclusão: A sua missão é desenvolver e estender os cuidados paliativos como prioridade da sociedade. Torna-se uma estratégia útil para capacitar as comunidades nos cuidados mediante a criação de uma cultura baseada na compaixão complementando ao mesmo tempo a abordagem holística que os cuidados paliativos procuram a nível comunitário.

Palavras-chave: Comunidades Compassivas, Saúde Pública, Cuidados Paliativos, Fim de Vida.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um dos fenómenos de maior relevância do século XXI, uma vez que acarreta profundas mudanças nas estruturas sociais, económicas e culturais dos países. Neste cenário, ocorre um aumento da prevalência de doenças crónicas, graves e/ou incuráveis e progressivas que causam défices e limitações, conduzindo a situações de dependência nas atividades de vida diária. A promoção de políticas de intervenção faz parte dos objetivos da OMS com o intuito de obter ganhos em saúde. Assim, as políticas desenvolvidas tanto a nível mundial como nacional, face ao rápido envelhecimento da população, tornaram-se a chave para prevenir grande parte dos efeitos negativos das doenças crónicas, invalidez e perda de bem-estar.

Em novembro de 1986, foi realizada em Ottawa, Canadá, a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em resposta às crescentes expectativas de um novo movimento mundial de Saúde Pública. Desde a década de 90, a OMS tem defendido uma abordagem de Saúde Pública aos Cuidados Paliativos (Tompkins, 2018).

Esta abordagem, com origem na Austrália, já recebeu apoio em escala internacional. Inspirada por esses movimentos internacionais, a Carta das Comunidades Compassivas foi desenvolvida, aplicando a Carta de Ottawa para Promoção da Saúde aos Cuidados Paliativos. Esta Carta é um dos impulsionadores do movimento das Comunidades Compassivas na atualidade, sendo uma ferramenta útil para a promoção da mudança social, enraizado nos processos de desenvolvimento comunitário.

De acordo com Prada *et al* (2017), a origem das comunidades compassivas advém da proposta de cidades saudáveis adotada pela OMS, que permeou a Saúde Pública e os Cuidados Paliativos para a promoção da responsabilidade do cidadão pelo cuidado dos seus doentes e a criação de redes de apoio. O grande objetivo destas comunidades no mundo consiste em melhorar a qualidade de vida das pessoas com doença avançada, mediante o empoderamento social e a satisfação das necessidades de cuidados.

Torna-se assim, uma estratégia útil para capacitar as comunidades nos cuidados e servir como complemento eficaz em Cuidados Paliativos, mediante a criação de uma cultura baseada na compaixão complementando ao mesmo tempo a abordagem holística que os Cuidados Paliativos procuram a nível comunitário. Aproximando os profissionais de saúde dos doentes e seus familiares e/ou cuidadores com situações de vulnerabilidade acrescida como é o caso de doenças crónicas, em situação de dependência e com necessidades paliativas. O desafio destas comunidades consiste em mudar os corações e as mentes através da compaixão, uma vez que os Cuidados Paliativos se inserem numa etapa da vida onde a reflexão do cuidar, as relações humanas e o trabalho pluridisciplinar têm um papel crucial. A eficiência dos Cuidados Paliativos depende de uma verdadeira interação entre doente/cuidador/profissional de saúde, todos eles com necessidades e funções específicas que conduzem à necessidade e satisfação também únicas.

A abordagem de Saúde Pública nos Cuidados Paliativos e em Fim de Vida alicerça-se numa realidade centrada na prestação de cuidados paliativos complexos e de uma consciência pública das necessidades sociais inerentes a este tipo de cuidados. Visto que a morte demora anos, e o luto fica para sempre. Existem na sociedade atual constrangimentos relacionados com a resposta dos cuidados fornecidos e com o número dos profissionais envolvidos, trazendo dificuldades aos desafios trazidos pela epidemiologia dos cuidados primários e das comorbilidades do processo de morte.

Desenvolver a capacidade da comunidade no apoio à morte, no morrer e na perda é um importante problema de Saúde Pública nos Cuidados Paliativos. Em termos de Promoção da Saúde, o apoio às pessoas que sofrem, é uma responsabilidade de todos nós!

METODOLOGIA

Perante o objetivo definido surgiu a questão de investigação, segundo o método PEO: *“Quais os ganhos em Saúde Pública (O) inerentes à prática de Comunidades Compassivas (E) no âmbito dos Cuidados Paliativos e em Fim de Vida (P)?”* Para responder à questão de investigação foi realizada uma RIL que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado fenómeno ou assunto em particular (Mendes, Silveira & Galvão, 2008). De entre os métodos de revisão, a revisão integrativa é o mais amplo, sendo uma vantagem, pois permite a inclusão simultânea de pesquisa experimental e quase-experimental

proporcionando uma compreensão mais completa do tema de interesse. Este método permite também a combinação de dados de literatura teórica e empírica (Whittemore & Knafl, 2005).

A pesquisa foi realizada de 11 a 18 de setembro de 2019 nas bases de dados *EBSCO Host* e *PUBMED*. Foram definidos como critérios de inclusão para a pesquisa: artigos publicados entre o ano de 2013 e 2019, redigidos em Português, Inglês e em Espanhol, com texto completo e disponível de forma digital gratuita para a análise do seu conteúdo. A pesquisa foi realizada utilizando os operadores booleanos [OR] e [AND] de acordo com a seguinte formulação de frase de pesquisa: [(*Compassionate Communities*) [AND] (*Public Health*) [AND] (*Palliative Care* [OR] *End of Life*)].

Para a seleção dos artigos seguiram-se as *guidelines* PRISMA para a identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos artigos na RIL. Com a conjugação dos descritores e operadores, apurou-se uma amostra de 305 artigos, da qual se obteve uma amostra final de 11 que foram analisados. Os resultados da pesquisa encontram-se demonstrados no fluxograma referente ao Apêndice II.

RESULTADOS

Os artigos analisados foram publicados entre 2016 e 2019, não tendo sido encontrados artigos anteriores a estas datas por se tratar de uma temática bastante recente e atual. Foram incluídos na revisão: três revisões da literatura (uma sistemática, uma narrativa e uma integrativa), três estudos observacionais prospetivos e cinco estudos transversais de cariz quantitativo e qualitativo. O país onde se publicaram mais artigos foi a Austrália (três), não havendo referência de nenhum artigo publicado em Portugal.

Foi elaborada uma tabela de extração dos resultados mais relevantes de cada artigo (Apêndice III), contemplando a caracterização de cada um: título, autores, ano de publicação, país, tipo de estudo, objetivos e principais resultados e conclusões face aos ganhos em Saúde Pública inerentes à prática de Comunidades Compassivas.

DISCUSSÃO

Etimologicamente, compaixão (do latim *cumpassio*) é um conceito que se traduz literalmente em “sofrer juntos” ou “tratar com emoções”. Mais intensa que a empatia, compaixão é a perceção e a compreensão do sofrimento do outro, o desejo de aliviar, reduzir ou eliminar completamente esse sofrimento e a realização de ações voltadas para

esse fim (Prada *et al*,2017). Sendo uma característica inata do ser humano, a compaixão permite-nos agir com humanidade, amor, compreensão, empatia, ajuda e motivação, entendendo a importância de cada gesto nos momentos mais importantes da vida.

A compaixão tem sido um sentimento que permitiu, entre muitos outros, manter os laços de relacionamento e aliviar a dor e o sofrimento mútuos. No entanto, a estrutura e os valores da sociedade moderna distorceram a nossa essência natural de sermos compassivos. Por isso, nos últimos anos, surgiram iniciativas promotoras de criação de laços que cuidam na Comunidade.

Uma dessas iniciativas, designada de Comunidades Compassivas, procura identificar o sofrimento e as situações de adversidade das pessoas com doenças avançadas e em fim de vida inseridas numa Comunidade. O movimento internacional inerente a estas práticas, iniciou-se em 2009 pela mão de Karen Armstrong através da “*Carta da Compaixão*”. A Carta convoca todos os homens e mulheres a recolocar a compaixão no centro da moral e das religiões, a garantir aos jovens informações precisas e respeitosas acerca das outras tradições, religiões e culturas, a incentivar uma visão positiva acerca da diversidade cultural e religiosa, a cultivar uma inteligência compassiva perante o sofrimento de todos os seres humanos, mesmo dos considerados inimigos. Com este método, a Carta consegue transcender as diferenças religiosas, ideológicas e nacionais para se tornar num instrumento de mobilização global. A sua "regra de ouro" é: não faças aos outros o que não desejas que outros te façam a ti e faz aos outros o que desejarias que os outros te fizessem (Tompkins,2018).

Contudo foi o Prof. Allan Kellehear, o primeiro a introduzir o termo “Comunidades Compassivas”. Este sociólogo e médico de Saúde Pública, afirmou a necessidade destas comunidades na abordagem da Saúde Pública aos Cuidados Paliativos. Definiu uma comunidade compassiva como aquela que reconhece os ciclos naturais de doença e saúde, nascimento e morte, amor e perda que ocorrem todos os dias no quotidiano de uma Comunidade (Aoun *et al*,2016). Esta abordagem é baseada em três fatores: consciencialização social, capacitação e implementação de redes de cuidar.

Segundo estes autores, a abordagem de Saúde Pública traz à Comunidade os conceitos de prevenção, diminuição da morbilidade e da intervenção precoce aos Cuidados Paliativos, sendo fundamental uma consciência pública das necessidades sociais inerentes a estas situações de vulnerabilidade. Sendo os principais métodos de intervenção: a Educação Pública, o Desenvolvimento Comunitário, a Promoção da Saúde e a Participação

Comunitária. Desta forma, as comunidades compassivas assentam a sua atividade em quatro pontos fundamentais:

1. Desenvolver ações de sensibilização social, difundindo a necessidade de prestação de cuidados e de apoio de proximidade a pessoas com doença avançada e/ou incurável;
2. Proporcionar ferramentas que capacitem os cidadãos no cuidado e na promoção do bem-estar dos membros da comunidade que deles necessitam (através da realização de eventos, seminários, jornadas de sensibilização, formações, etc...);
3. Implementar redes comunitárias entre cidadãos e organizações, criando assim laços que cuidam;
4. Promover a inclusão e coesão social.

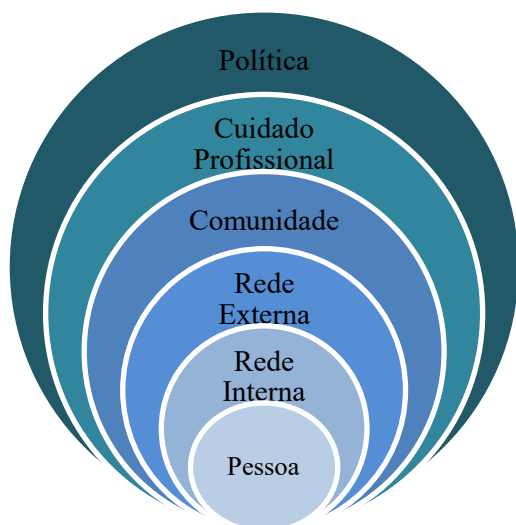
Por outras palavras, a sua atividade faz emergir o sentimento de solidariedade e de entreatajuda entre os membros da comunidade, através de uma comunhão de forças que permite enaltecer o melhor lado de todos e para todos nós.

De acordo com a revisão da literatura realizada, alguns autores consideram evidente a necessidade de aumentar as parcerias, entre cuidadores formais e informais, numa atuação concertada que se constituem em efetivos ganhos em saúde, sendo fundamental a envolvimento de parceiros locais. As Comunidades Compassivas promovem a ideia de que a saúde é responsabilidade de todos, não só dos serviços de saúde, sendo uma ferramenta fundamental para trazer alguns dos conceitos de cuidado para o ambiente comunitário. A construção de redes de apoio e de suporte pode, portanto, acontecer em todo o espectro da Comunidade, incluindo locais de trabalho, instituições educacionais, igrejas e templos, bairros, centros comunitários e em organizações de saúde e assistência social.

A evidência comprovada nos artigos analisados demonstra que houve diminuição do isolamento social e da sobrecarga do cuidador informal e formal, onde a prática de Comunidades Compassivas é uma realidade. Estas ajudam os doentes, famílias e cuidadores através de apoio na realização de tarefas de vida diárias, de programas de suporte psicológico e social, de cuidados básicos e em fim de vida, de acompanhamento e escuta, de promoção de tolerância e de diminuição do estigma inerente à doença (Prada *et al* 2017). A sua missão é desenvolver e estender os Cuidados Paliativos como prioridade da sociedade, visto que todos necessitamos deles e todos vamos morrer.

Abel (2018) define que o cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida é suportado pela interligação dos chamados “5 Cycles of Care”, apresentada de forma adaptada na Figura 1.

Figura 1- “5 Cicles of Care”



(Adaptado de Abel, 2018)

Este autor defende que a rede de suporte que ocorre naturalmente em redor da pessoa é o ponto de partida da essência do Cuidado Paliativo. Estes Círculos representam as redes de Cuidar que se concentram não apenas na pessoa, mas igualmente nos seus cuidadores e nas redes de suporte. Apela assim para abordagens de parceria que fortaleçam a capacidade de toda a Comunidade de respostas perante a morte e perda, proporcionando sinergias que aprimorem os esforços formais e informais, com o intuito de

promoção da melhoria da saúde e do bem-estar.

O envolvimento ativo da Comunidade na construção e implementação de políticas de Cuidados Paliativos, torna-se numa peça fundamental para a mudança das perspetivas e ações culturais e sociais face à necessidade deste tipo de cuidados. Aos profissionais de saúde é exigido uma maior participação na consolidação e manutenção das relações entre as redes de apoio, contribuindo desta forma para a utilização eficiente dos recursos comunitários. Torna-se assim necessária, uma forte liderança e participação conjunta na Comunidade como expansão de um sistema abrangente e integrado de Cuidados Paliativos. Novas políticas em Saúde Pública podem contribuir para uma ética do cuidado na prática em nível comunitário (Wegleitner & Schuchter, 2018).

Os projetos de Comunidades Compassivas implementados em cidades, nomeadamente em países como Espanha e da América Latina (Colômbia e Argentina), apresentam como objetivos primordiais sensibilizar e capacitar a sociedade através de encontros, *workshops* e outras ações de sensibilização para o tabu da morte e para a necessidade de a Comunidade ajudar a cuidar das pessoas com necessidades paliativas no seu domicílio. No fundo, pretende-se a criação de uma rede de suporte na Comunidade para cada utente, no sentido de lhe ser prestado auxílio nas suas tarefas diárias, de modo a atenuar o seu isolamento e sofrimento. Como resultados demonstram o alinhamento de organizações e cidades para promover atos de compaixão e o envolvimento da Comunidade global unida por uma vocação para cuidar (Flores *et al*, 2018).

Bollig *et al* (2019) na sua revisão da literatura referem a importância de encontros informais de educação em grupo para o cidadão comum onde se discute apenas o tema da morte, sendo denominados de “*death café*”. Estes encontros já são de igual modo, uma realidade em Portugal sendo promovidos por uma entidade privada prestadora de Cuidados Paliativos. Os membros da Comunidade são assim convidados a participar nestes encontros realizados em locais informais (tais como cafés, cabeleireiros etc.), fortalecendo a capacidade de autoajuda dos cidadãos permitindo o empoderamento da Comunidade local para enfrentar o processo de morte. Segundo estes autores, divulgar informações sobre a morte e Cuidados Paliativos por todo o público pode melhorar a discussão pública sobre o fim de vida. Representa uma estratégia importante para o início da prática de Comunidades Compassivas, que se assume acima de tudo como uma prática promotora do Bem Comum.

CONCLUSÃO

Na sequência da análise dos artigos selecionados, é possível afirmar que existem ganhos em Saúde Pública inerentes à prática de Comunidades Compassivas no âmbito dos Cuidados Paliativos e em Fim de Vida. A avaliação deste impacto deve ser parte integrante de futuras políticas de saúde, devendo estas reconhecer que essas abordagens podem influenciar questões complexas, como o apoio ao cuidador, a capacidade da Comunidade, o bem-estar e o isolamento social.

Uma Comunidade Compassiva é a que procura identificar o sofrimento e as situações de adversidade das pessoas com doenças avançadas e em fim de vida. Por outras palavras, é uma Comunidade que sente empatia com este sofrimento, se capacita para verificar os possíveis recursos que lhe deem resposta, e se mobiliza para aliviá-lo. Com isto, pretende-se que a Comunidade em rede consiga de forma autónoma solucionar os problemas e necessidades destes membros, que vivem em condição vulnerável.

O conceito de comunidades compassivas deve ser entendido como uma “construção coletiva”, onde participam agentes de todo o tipo (profissionais, cuidadores, instituições, empresas, voluntários, vizinhos, etc.), que trabalham em rede para garantir que os cuidados aos doentes, sejam em última instância, uma responsabilidade de todos nós.

Pretende-se com esta RIL contribuir para o debate desta problemática tão atual e preocupante, sendo os Cuidados Paliativos e em Fim de Vida na Comunidade um desafio e uma emergência social. Em Portugal já existem, desde 2019, algumas cidades com projetos aprovados denominados de “Cidades Compassivas” promovido pela APCP com o apoio da

Fundação “*La Caixa*”. Amadora e Porto são duas destas realidades. Este protocolo pretende financiar a criação de duas comunidades compassivas por ano, destinada exclusivamente a equipas prestadoras de Cuidados Paliativos, sejam elas ECSCP, Unidades de Cuidados Paliativos ou EIHCSP, de índole público, privado, solidário ou social de adultos ou pediátricos.

Uma abordagem de Saúde Pública, focada na melhoria da qualidade de vida dos doentes e cuidadores, proporciona o desenvolvimento de relações enquanto elementos da sua Comunidade, por meio de interações de suporte através de mobilização de recursos comunitários e de redes de apoio. Neste âmbito, a missão do EEESCSP torna-se crucial na medida em que este profissional demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão na identificação e controlo dos determinantes sociais e da saúde das comunidades, tal como se pretende com a implementação deste projeto. Torna-se assim emergente a implementação de parcerias com instituições da comunidade e com a rede social em projetos de intervenção comunitária dirigida a estes grupos com maior vulnerabilidade, com vista à obtenção de ganhos em saúde.

2.1.1. Cuidados Paliativos na Comunidade: Uma Necessidade Emergente

As últimas décadas foram marcadas, na área da saúde, por um avanço técnico-científico, que a par da melhoria das condições de vida, se traduziu numa diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e no aumento da esperança média de vida. De acordo com a OMS, a população idosa mundial está a envelhecer a cada momento, estando as pessoas com 80 anos ou mais a crescer exponencialmente (WHO,2011).

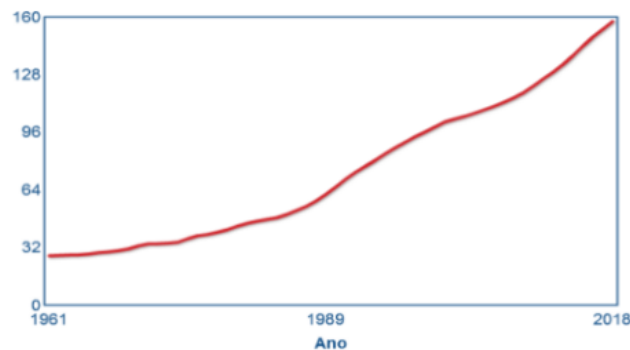
O envelhecimento da população na Europa e em Portugal aumentou na última década. Segundo a OMS, entre 2010 e 2050 o número de pessoas com mais de 65 anos de idade irá duplicar, e o número de pessoas com mais de 85 anos de idade deverá aumentar de 14 para 19 milhões em 2020 e para 40 milhões em 2050 (WHO,2011).

Em Portugal, e de acordo com os dados recolhidos pelo Censos 2011, existem cerca de 2 milhões de pessoas com idade superior a 65 anos, ou seja, cerca de 19% da população portuguesa é idosa, tendo crescido na última década (INE,2012). As alterações na estrutura etária resultaram no aumento do índice de envelhecimento. De acordo com o Retrato de Portugal na Europa (Pordata,2019) este índice passou de 27,5% em 1961 para 157,4% em 2018, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Evolução do Índice de Envelhecimento em Portugal

Índice de envelhecimento
(idosos por 100 jovens)

157



Fonte: INE, Pordata (2019)

Segundo o OCP (2017) a área metropolitana de Lisboa é a região com maior número de habitantes (2,8 milhões) e mortes por ano (26.700), sendo que 83% morre após os 65 anos de idade. Como principais causas de morte surgem: causas diversas (36%), as doenças cardiovasculares (31%), o cancro (24%) e as doenças respiratórias (9%). O que significa que 1 em cada 4 mortes tem como causa o cancro, morrendo por ano cerca de 26 mil pessoas devido a esta doença em Portugal.

Isto significa que o aumento da esperança média de vida e a queda de fecundidade, colocam a sociedade perante um desafio que exige respostas não só multidisciplinares, mas também multisectoriais, tendo em conta os determinantes do envelhecimento da população. As doenças crónicas, incapacitantes e as doenças oncológicas tornaram-se, pelos motivos expostos, mais frequentes, assumindo por isso uma expressão francamente mais significativa das populações.

O desconforto, as exigências e tarefas que acompanham o doente e a respetiva família tornaram-se, paralela e concomitantemente maiores (DGS,2010). Contudo, o aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população não têm implicado ou garantido, todavia, uma vivência com maior qualidade ou sensação de bem-estar.

De facto, e segundo autores diversos, pode questionar-se a qualidade de vida da extensão da sobrevida alcançada. Este aumento traduziu-se, até há poucas décadas, num prolongamento do período de doença, sofrimento e limitação física (Garcia, Rodrigues & Borega,2002). Situação que embora menos frequente e intensa nos últimos anos, continua

a caracterizar alguns processos de doença e finais de vida de várias pessoas e respetivos cuidadores e familiares.

Perante uma doença grave e progressiva, segundo Capelas & Neto (2006) surge a necessidade de Cuidados Paliativos, cuidados especializados e complexos, uma vez que o indivíduo doente e a sua família apresentam-se em grande sofrimento. Esta tipologia de cuidados assenta em cuidados globais e humanizados que visam oferecer a máxima qualidade de vida possível de acordo com as preferências e necessidades do indivíduo com doença avançada. Uma qualidade de vida que, nas situações de fim de vida, deve dirigir-se sobretudo às vontades da pessoa doente (Deodato,2018).

Impõe-se deste modo a necessidade emergente de Cuidados Paliativos, que segundo a OMS são:

“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes, e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio ao luto” (DGS 2005, p.8).

Importa clarificar adequadamente o significado de doente terminal e paliativo, conceitos que, por vezes, geram bastante confusão. Desta forma, por doença terminal entende-se aquela que é incurável e que está em forma avançada e em que, de forma realista, as respostas ao tratamento são praticamente nulas. É uma doença que tem um impacto muito forte, não só no doente, como na família e nos seus cuidadores. Saliente-se que um doente pode carecer de Cuidados Paliativos, por sofrimento marcado ou impossibilidade de cura, mas não estar ainda numa situação de doença terminal (Capelas & Neto,2006).

Nesta linha de pensamento, os Cuidados Paliativos não se traduzem somente na fase de doença terminal, mas em qualquer período da doença avançada, desde o diagnóstico até à fase final, incluindo o apoio no luto, tendo em atenção o grau de sofrimento associado. A prestação de Cuidados Paliativos assume-se pelo respeito pela singularidade de cada indivíduo, em que a sua vontade própria no respeito pelos seus valores e pelo seu projeto de vida devem ser tidos em consideração (Deodato,2018). Segundo este mesmo autor, o cuidado humanizado torna-se essencial aos Cuidados Paliativos. Define assim este cuidado como *“...um respeito total pela humanidade de cada pessoa, numa relação humanizada entre os profissionais de saúde e as pessoas...Uma relação que implica olhar, atenção, tempo de escuta, afeto nas palavras e disponibilidade para o cuidado”* (p.106).

Contemplado no PNS– Revisão e Extensão a 2020, o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, reconhece os Cuidados Paliativos como elemento essencial dos cuidados de saúde, sendo uma necessidade em Saúde Pública e um imperativo ético que defende e promove os direitos humanos fundamentais e como uma obrigação social (DGS,2005). Recomenda que os Cuidados Paliativos devem ser desenvolvidos em vários níveis, pois a complexidade do sofrimento exige uma abordagem multidisciplinar. Congregando a família do doente, os profissionais de saúde com formação, como também a própria Comunidade que por meio de inúmeros recursos gera a possibilidade de ajudar os doentes em sofrimento, através por exemplo de associações de voluntários e instituições de solidariedade.

Torna-se assim emergente uma visão multidisciplinar e multisectorial de atuação integrada, procurando complementar as ações desenvolvidas pelos diversos sectores, cuja ação influencia a melhoria da qualidade de vida dos doentes e suas famílias e/ou cuidadores. Sendo necessário para isso, promover condições para a formação diferenciada e oferta de Cuidados Paliativos diferenciados, quer em internamento, quer no domicílio, de forma a garantir cuidados de continuidade e de qualidade.

Desta forma surgiu em 2012 a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei nº52/2012 de 5 de setembro). Esta Lei consagra o direito e regula três dimensões diferentes da matéria relativa a estes Cuidados: a consagração do direito a Cuidados Paliativos a todos os cidadãos, a responsabilidade do Estado neste domínio e a criação de uma rede assistencial específica. Ao incluir este direito no âmbito dos cuidados de saúde, os Cuidados Paliativos configuram-se como uma parte do todo que constitui “*o direito à proteção da saúde*” que o artigo 64º da Constituição Portuguesa consagra. A Base V desta Lei vem consagrar, de forma inequívoca, os direitos dos doentes sendo um deles “*escolher o local de prestação de cuidados paliativos e os profissionais...*” (p. 5120). O que se deve garantir, no respeito por este direito será o efetivo exercício desta escolha sempre que seja invocada (Deodato,2018). Uma vez que em fim de vida, pelas suas próprias circunstâncias, este direito de escolher onde e quem nos deve assistir ganha particular relevância.

Bollig *et al* (2019) referem na sua revisão de literatura que muitas pessoas manifestam o desejo de morrer em casa. Num estudo realizado em muitos países da Europa, incluindo Portugal, evidenciou que $\frac{2}{3}$ dos participantes declararam esta vontade. Contudo, não é esta a realidade que se verifica no nosso país. Cerca de 62% das pessoas morre no hospital (OPCP 2017), o que significa que ocorrem cerca de 66 mil mortes por

ano em contexto hospitalar. Apenas 26% ocorre no domicílio e 12 % ocorre noutros lugares, incluindo locais públicos.

Ser cuidado por familiares em casa, torna-se um fator importante no fortalecimento dos Cuidados Paliativos na Comunidade, contribuindo para que a morte em casa seja, cada vez mais, uma realidade para mais pessoas. O impacto económico e social desta problemática para os doentes e suas famílias é enorme, sendo a família o centro da tradição e da responsabilidade coletiva pela prestação de cuidados dada a escassez de serviços organizados. De acordo com o Relatório de Outono de 2019 elaborado pelo OCP, as equipas responsáveis nos serviços de Cuidados Paliativos estão 75% abaixo do recomendável, alertando que a nível populacional existe uma cobertura de apenas 28% das ECSCP.

Os Cuidados Paliativos no domicílio, sendo assegurados por meio de suporte estruturado e co participativo, melhoram a qualidade de vida dos doentes e familiares/cuidadores. De acordo com a evidência, o desenvolvimento de cuidados especializados permite satisfazer as necessidades e preferências dos doentes, que permitem uma morte digna, com foco nos problemas dos doentes e dos seus familiares, no controle dos sintomas e nas intervenções de abordagem complexa, de forma a maximizar o conforto (Coelho *et al*,2014).

Os cuidados prestados no domicílio são uma das respostas que, neste âmbito de atuação se tem vindo a privilegiar cada vez mais, uma vez que promovem a permanência das pessoas com doença avançada no seu meio habitual de vida. Esta abordagem parece poder também beneficiar o doente paliativo, pelo que deve ser prestada mais atenção às suas vantagens, sendo assim uma resposta alternativa à sua institucionalização. Contudo, a par desta situação, a grande maioria dos familiares e cuidadores não têm formação específica na área, o que condiciona a permanência da pessoa no seu domicílio.

Tornou-se, por isso, necessário apelar também à responsabilidade da sociedade. Uma das respostas traduziu-se na criação da RNCCI, que de acordo com o DL nº101/2006, procura dar resposta às carências de cuidados, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, do aumento de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. O modelo de intervenção articulado entre o Ministério da Saúde e o do Trabalho e da Segurança Social tem natureza preventiva, reabilitadora e paliativa, estando situado num nível intermédio entre os cuidados de base comunitária e os de internamento hospitalar.

Tal como referido anteriormente, uma das tipologias da RNCCI é a ECCI. Dada à escassez de recursos, muitas vezes é esta equipa que presta cuidados ao doente com necessidades paliativas em contexto domiciliário. Prestar cuidados de Enfermagem no domicílio possibilita uma perceção abrangente de toda a dinâmica familiar e contexto social envolvente, identificando estratégias e limitações, a partir das quais este profissional planeia e orienta a sua intervenção. Este nível de cuidados visa apoiar e reforçar as respostas já existentes, alargando as redes comunitárias de apoio para a prática integrada dos mesmos, através da articulação entre centros de saúde, hospitais, unidades especificamente dedicadas aos Cuidados Paliativos, serviços e instituições de apoio social.

Segundo Capelas (2009), o cuidar dos doentes em fim de vida tornou-se ao longo dos tempos uma preocupação individual e comunitária. Tal como refere Vieira (2017) “*Na medida em que reconheço no outro um sofredor, o cuidado é sinónimo de compaixão...O Cuidado surge da consciência que temos do que é possível fazer por aqueles que sofrem, da compaixão no seu verdadeiro sentido, que é partilhar a dor do outro*” (p.101).

É com base neste paradigma que se exige o envolvimento da comunidade e da sociedade, abraçando o cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida como uma prioridade em Saúde Pública. Tompkins (2018) refere que a eficiência desta abordagem exige uma adequada articulação entre a rede de cuidado comunitário e a rede de cuidados de saúde, sendo incluídos num *continuum* de cuidados paliativos compassivos onde o utente e os seus cuidadores ocupam o centro principal, tal como esquematizado na Figura 3.

Figura 3 – Continuum de Cuidados Paliativos Compassivos



(Adaptado Tompkins,2018)

O envolvimento dos membros da comunidade ajuda a criar um efeito abrangente de melhoria de apoio ao doente e família que lidam com um diagnóstico de doença incurável ou terminal, proporcionando-se assim a obtenção de ganhos na qualidade de vida para todos.

2.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE

Várias declarações internacionais sobre Promoção da Saúde ajudaram a definir e a legitimar novas abordagens. Entre elas, consta a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorrida em 1986, no Canadá, com a redação da carta de Ottawa. Lançou um desafio dirigido a uma nova Saúde Pública, considerando a paz, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, como pré-requisitos para a melhoria da saúde. Foi a partir daqui que a Promoção da Saúde começou teoricamente a ser equacionada, debatida e verdadeiramente valorizada.

Esta Carta considera a saúde como um conceito positivo e um direito humano fundamental. Definiu cinco áreas de ação para promover a saúde: a construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de competências pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

Define a Promoção da Saúde como:

“...processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver...” (OMS 1986, p. 1).

Por outras palavras a Promoção da Saúde está inequivocamente associada à promoção da vida, pois tal como defende Collière (1999), *“..é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer...porque cuidar, tomar conta, é um acto de vida, que tem primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir à vida continuar-se, desenvolver-se..”* (p.27). Ou seja, promover a saúde de forma a garantir a continuidade da vida do grupo, sendo assim indispensável para a sua sobrevivência.

O artigo 64º da Constituição contempla a Promoção da Saúde como um dever de todos nós. Estabelece nos seus termos, que todos os cidadãos têm o dever de *“defender”* e

de “*promover*” a sua saúde. O dever de um agir que não permita danos à saúde (defesa) e que potencie o seu desenvolvimento (promoção). Mais do que uma atividade, a Promoção da Saúde é considerada uma estratégia que urge incorporar em todas as dimensões da vida (individual, social e ambiental). Está inserida numa estratégia global de proteção à saúde que visa o desenvolvimento da saúde nos seus diversos sectores: saúde ocupacional, saúde ambiental, saúde alimentar, saúde oral, entre outros.

Deste modo, a Promoção da Saúde concetualizada como um processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde e sobre os seus determinantes (comportamentais, psicossociais e ambientais), representa o alicerce da estrutura dos cuidados da Enfermagem Comunitária (Stanhope & Lancaster, 2011). Esta especialidade de Enfermagem apresenta como foco dos seus cuidados os problemas de saúde de grupos, comunidade e população, através do desenvolvimento de programas e projetos de intervenção, com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania (Regulamento nº 428/2018). A Enfermagem Comunitária constitui-se assim uma área por excelência para a prestação de cuidados de Promoção da Saúde à pessoa, a grupos e comunidade.

Na Promoção da Saúde, a capacitação significa atuar em parceria com indivíduos ou grupos de forma a obter o seu empoderamento para a saúde. Sendo este um processo que assume proatividade, compromisso e autocontrolo permite à pessoa a sua autodeterminação e responsabilidade pelas suas tomadas de decisão, proporcionando-lhe um papel ativo no seu próprio projeto de saúde.

Na mesma linha de pensamento, o PNS - Revisão e Extensão a 2020 contempla a “Cidadania em Saúde” como um dos seus eixos estratégicos visando “*A promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende*” (DGS 2015, p.14). O conceito de Cidadania em Saúde exige uma ação coordenada entre os diversos parceiros, apresentando como principal objetivo colocar a saúde como prioridade na implementação de políticas, e a sua Promoção como uma responsabilidade major da sociedade civil, ou seja, de todos nós. Sobre este mesmo ponto também se pronunciou a Declaração Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata, em 1978, onde o conceito de Cidadania em Saúde é definido como o “*direito e dever dos povos particular individual e colectivamente no planeamento e na execução de seus cuidados de saúde*” (p.1). Isto implica a participação do indivíduo como agente ativo

de mudança, influenciando, por direito e dever, as decisões políticas de saúde que afetam a população.

Laverack (2008) considera a Promoção da Saúde lado a lado com outro conceito-chave: o Empoderamento Comunitário. O empoderamento para a saúde da comunidade pressupõe que os indivíduos atuem, em conjunto, para alcançar uma maior influência e controlo sobre os determinantes de saúde e a qualidade de vida da sua comunidade. Qualidade de vida definida como a percepção dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades estão a ser satisfeitas e de que não lhes estão a ser negadas oportunidades para conseguirem a felicidade e plenitude (Loureiro & Miranda, 2010).

A participação ativa traça a confiança e coesão, entre os indivíduos, tão importantes para a mobilização e criação dos recursos necessários para apoiar a ação coletiva (Laverack, 2008). Por outras palavras, os membros da comunidade unindo-se e assumindo o controlo dos problemas que afetam as suas vidas, “empoderam-se” e melhoram a sua própria saúde e bem-estar. É precisamente nisto que consiste o processo de Empoderamento Comunitário e o núcleo da prática da Promoção da Saúde.

Estas relações definem-nos enquanto pessoas e têm um papel fundamental na determinação da saúde dos indivíduos e da comunidade. O sucesso da comunidade para tornar estas condições mais saudáveis depende da sua competência para mobilizar recursos, organizar ações e participar nas decisões que moldam o seu mundo social. Uma abordagem de Promoção da Saúde baseada no Empoderamento Comunitário contribui para o aperfeiçoamento destas competências.

Loureiro & Miranda (2010) defendem da mesma forma, que o planeamento em Promoção da Saúde começa pela identificação das necessidades que requerem intervenção, sendo que o primeiro passo consiste na enumeração e definição dos problemas, que posteriormente serão desenvolvidos na qualidade de objetivos. Segundo estas autoras e sob perspetiva de desenvolvimento local, este planeamento baseia-se no princípio da participação comunitária, uma vez que *“são as pessoas da comunidade e não os técnicos os sujeitos principais do processo de mudança”* (p.211).

Sendo o empoderamento, um processo relacional e progressista, que valoriza a experiência do viver, o modo e o contexto de vida, transforma a pessoa num ser crítico e agente de mudança da sua própria realidade. Significa então, um aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva dos indivíduos, nas relações interpessoais e institucionais. Capacita a pessoa e a comunidade a definir os seus próprios problemas e necessidades, a compreender como podem resolvê-los com os seus próprios recursos ou com apoios

externos, e a promover ações mais apropriadas para fomentar uma vida saudável e de bem-estar.

Para Laverack (2008), o conceito de Empoderamento Comunitário consiste num recurso que pode ser usado para promover uma prática de Promoção da Saúde “empoderadora”. Define-o como um processo de ação social que promove a participação das pessoas, organizações e comunidades na concretização de objetivos, tais como: um maior controlo individual e comunitário, eficácia política, melhor qualidade de vida e justiça social. Considera-o assim, quer como um processo (que visa a concretização de um objetivo ou meta), quer como um resultado (em que o empoderamento é em si o objetivo ou a meta a atingir). Este autor encara-o como um processo interativo e contínuo composto por cinco etapas, que abrangem os seguintes elementos: a ação pessoal, o desenvolvimento de pequenos grupos dinamizadores, a mobilização de organizações comunitárias, o estabelecimento de parcerias e a ação social e política.

Entende que o processo de Empoderamento Comunitário pode começar em qualquer fase do contínuo. Contudo, defende que a ação pessoal deverá ser desenvolvida através da participação em pequenos grupos, visto que em grupo os membros da comunidade conseguem definir, analisar e atuar melhor relativamente aos assuntos que lhes interessam. *“O empoderamento comunitário começa no indivíduo, passa pelo grupo e termina na comunidade em geral”* (Laverack 2008, p.17). O desenvolvimento de pequenos grupos dinamizadores é o ponto de partida da ação coletiva. Representa uma oportunidade para o promotor da saúde ajudar os indivíduos a adquirirem competências e o locus para o desenvolvimento de ligações interpessoais e de uma coesão social mais fortalecidas. As abordagens de empoderamento têm o propósito explícito de provocar ação social e política.

Os principais agentes da Promoção da Saúde são as pessoas como recurso de saúde, a participação, o *empowerment*, a equidade, a sustentabilidade, a responsabilidade social e a abordagem comunitária. Cabe, por isso, aos promotores de saúde advogar, capacitar e mediar, por meio de uma “prática empoderadora” de forma a ajudar os indivíduos a organizarem-se coletivamente em relação a tudo aquilo que influencia as suas vidas e a sua saúde. As comunidades terão de ser “empoderadas” para se ocuparem dos seus interesses globais, consciencializando os seus membros das suas responsabilidades de forma a tomarem as atitudes necessárias para influenciar as políticas internacionais (Laverack,2008).

O empoderamento deve, portanto, concentrar-se no interesse comum que mantem os grupos unidos e não nas necessidades individuais de cada membro da comunidade. Os

promotores de saúde necessitam de adotar metodologias práticas fundamentais para o planeamento estratégico do Empoderamento Comunitário. Desta forma Laverack (2008) enuncia os 9 “domínios operacionais” do Empoderamento Comunitário, como áreas que influenciam todo o processo. As mudanças e melhoramentos positivos, em cada um dos domínios, representam uma comunidade mais “empoderada”, ou seja, que tem mais competência para controlar as determinantes da sua saúde. São eles: a participação (envolvimento dos membros da comunidade em pequenos grupos), a liderança (papel do líder no desenvolvimento de pequenos grupos), as estruturas organizativas (incluem pequenos grupos, tais como as comissões, com o intuito de socializar e tratar dos assuntos e problemas dos membros), a apreciação de problemas (identificação de problemas, as suas soluções e ações para os resolver), a mobilização de recursos (capacidade da comunidade mobilizar recursos internos e negociar recursos externos), “questionar” (capacidade que a comunidade tem para julgar de forma crítica as causas sociais, políticas e económicas, bem como as desigualdades), a ligação com os outros (incluem parcerias, coligações e alianças para a saúde), o papel dos agentes externos (os promotores de saúde enquanto elo importante entre a comunidade e os recursos externos) e a gestão do programa (controlo das decisões pelos membros da comunidade relativas ao planeamento, à implementação, à avaliação, à participação e à resolução de conflitos).

É em contexto comunitário que se desenvolvem muitas estratégias de Promoção de Saúde, como também na gestão da situação de doença crónica ou terminal, onde o fundamental são os cuidados centrados na pessoa e nos seus cuidadores de forma a encorajar a sua autodeterminação e independência.

Das muitas áreas de intervenção em cuidados de saúde, e tendo em conta a temática do projeto desenvolvido, é fundamental despertar as mentalidades da comunidade para o cuidado paliativo, principalmente no cuidado à pessoa com doença avançada ou em fim de vida no domicílio. Sendo este, o local de eleição para a prestação de cuidados à pessoa nesta situação de vulnerabilidade e de extremo sofrimento, acresce uma responsabilização das famílias e dos cuidadores, sendo indispensável empoderar a Comunidade nesta problemática.

2.2.1. O MAIEC e o Empoderamento Comunitário

Uma das competências específicas do EEESCSP remete para a capacitação de grupos e comunidades, assumindo a Comunidade como unidade de cuidados destes Enfermeiros Especialistas (Regulamento nº 428/2018). A tomada de decisão clínica orientada para a Comunidade como alvo dos seus cuidados, orienta estes profissionais para a prática de uma Enfermagem Avançada, apontando o Empoderamento Comunitário como processo e resultado da sua intervenção. O sentido de uma Enfermagem Avançada que significa,

“maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal – baseado em teorias de enfermagem que têm por “Core” o diagnóstico e a assistência em fase das respostas humanas às transições vividas; e mais competências de tomada de decisão” (Silva 2007, p.18).

O Empoderamento Comunitário surge como um aspeto essencial na tomada de decisão clínica em Enfermagem Comunitária Avançada, tendo em vista uma intervenção comunitária, como potenciadora da capacitação comunitária, alicerçada quer na responsabilidade social quer em parcerias empoderadoras (Melo, Silva & Figueiredo, 2018).

Melo (2017) desenvolveu o MAIEC como referencial teórico específico associado à tomada de decisão clínica centrada numa Enfermagem Comunitária Avançada, orientado para a Comunidade como cliente, a partir de um estudo desenvolvido num paradigma construtivista.

Este estudo permitiu identificar os focos de atenção e os Diagnósticos em Enfermagem Comunitária, bem como as intervenções dos enfermeiros promotoras de um processo de Enfermagem sustentado nos pressupostos do Empoderamento Comunitário. Define o Empoderamento Comunitário enquanto processo, sustentado nas 5 etapas do modelo contínuo de Laverack (2008), anteriormente enunciadas. Relaciona assim, estas etapas com a intervenção comunitária dos enfermeiros, tendo como resultado, quer a capacitação comunitária, quer o desenvolvimento de parcerias. Advoga assim a importância do Empoderamento Comunitário na intervenção comunitária.

O MAIEC assenta o seu referencial teórico em **conceitos** metaparadigmáticos, que tal como nos outros Modelos Teóricos de Enfermagem, determinam os principais conceitos que envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina. Estes conceitos encontram-se identificados e definidos na Figura 4.

Figura 4- Conceitos Metaparadigmáticos do MAIEC



Para além destes conceitos, Melo (2017) define igualmente os **pressupostos** (orientações estruturantes que justificam o Modelo) e os **postulados** (afirmações inquestionáveis) do MAIEC. Representam assim, as principais noções teóricas que guiam os enfermeiros para a tomada de decisão clínica.

A construção dos conceitos, pressupostos e postulados, baseou-se nos contributos da perspetiva sistémica do MDAIF, desenvolvido por Figueiredo (2012), no enquadramento teórico da abordagem da família enquanto alvo dos cuidados de Enfermagem. Melo (2017) adaptou este enquadramento à abordagem da comunidade enquanto unidade alvo destes cuidados.

Este autor define como **pressupostos** do MAIEC, as seguintes orientações:

- * Cuidados de Enfermagem centrados na Comunidade, enquanto alvo e unidade de intervenção, regidos por um paradigma sistémico, num processo dinâmico de Empoderamento Comunitário;
- * Ênfase na abordagem colaborativa, orientada para a autonomia da comunidade na identificação e resolução dos seus problemas;

* A finalidade dos cuidados centra-se na potencialização das forças, recursos e competências da comunidade.

E como **postulados**, as seguintes afirmações:

* Todas as Comunidades são suscetíveis de avaliação e de intervenção, independentemente da sua natureza;

* A abordagem da Comunidade é desenvolvida quer no contexto da potencialização da Saúde Comunitária, quer na potencialização da Saúde Pública;

* A avaliação da Comunidade determina o planeamento das intervenções assentes nas suas necessidades, de acordo com o ambiente comunitário onde se integra;

* A Comunidade, enquanto unidade de cuidados, requer intervenções de enfermagem, de forma a alcançar as respostas em Empoderamento Comunitário, como processo e como resultado;

* As intervenções centram-se no Empoderamento Comunitário, em paralelo com as necessidades específicas da Comunidade identificadas no processo de avaliação específico de cada projeto de intervenção comunitária.

Melo (2017) identifica no seu Modelo os focos de atenção dos enfermeiros que se integram nas dimensões do Empoderamento Comunitário e que promovem uma abordagem da Comunidade como alvo dos seus cuidados. Através destas áreas de atenção é possível promover uma tomada de decisão clínica centrada no processo de enfermagem *“que evidencie um olhar potencialmente empoderador das comunidades, a partir dos cuidados de enfermagem comunitária”* (Melo, Silva & Figueiredo 2018, p.89).

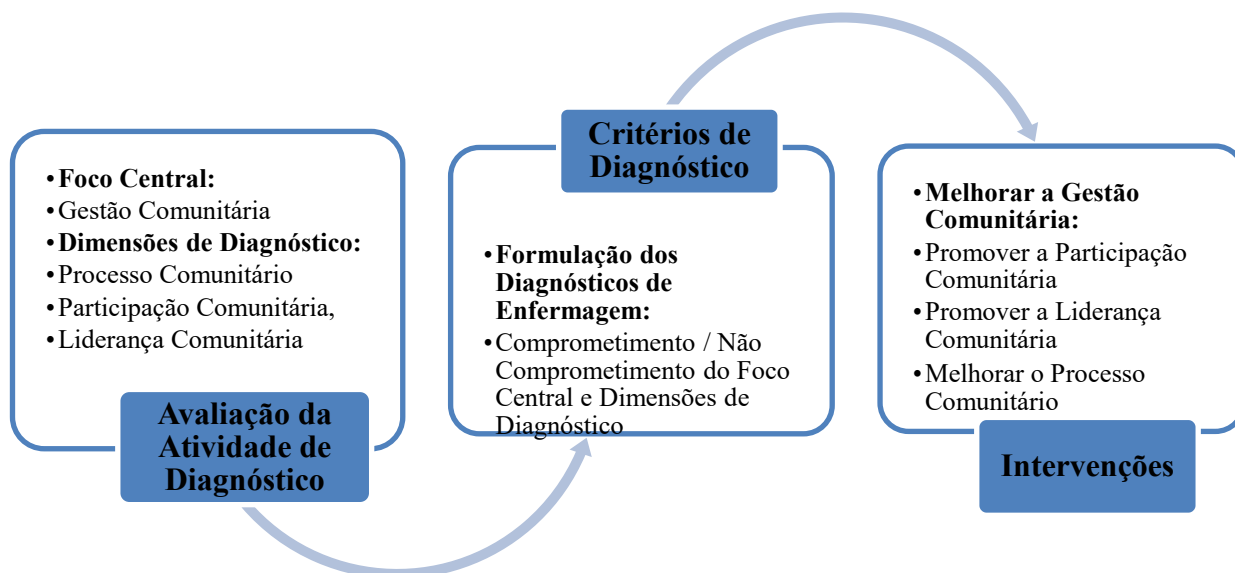
Reconhece que a abordagem do enfermeiro à Comunidade, como alvo dos seus cuidados, se centra num foco central de atenção, a **Gestão Comunitária**, concretizando o desenvolvimento contínuo do Empoderamento Comunitário desde a ação pessoal, à ação social e política. Este foco apresenta três Dimensões de Diagnóstico: a **Participação Comunitária** (associada ao envolvimento das comunidades), o **Processo Comunitário** (associado à interação dos membros da Comunidade) e a **Liderança Comunitária** (associada à ação pessoal que fomenta o poder interior nos indivíduos de uma comunidade, que uma vez empoderados, podem ser uma influência favorável à mudança). A determinação do foco central e das suas dimensões de diagnóstico resultou da identificação da relação da sua definição na CIPE (versão 2.0), com as definições de todos os “domínios operacionais” do modelo contínuo proposto por Laverack (2008), descritos anteriormente no subcapítulo 2.2.

A decisão diagnóstica sobre as áreas de atenção e dimensões é definida na matriz de decisão clínica do MAIEC, através da avaliação da Atividade de Diagnóstico (Melo, Silva & Figueiredo, 2018).

Cada uma destas dimensões de diagnóstico apresenta numa série de Critérios que auxiliam na formulação dos Diagnósticos de Enfermagem. Para cada Diagnóstico são definidas Intervenções de Enfermagem específicas (Melo & Figueiredo, 2016), com vista à obtenção quer de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem, quer face ao Empoderamento Comunitário como processo e resultado da intervenção dos enfermeiros. Neste sentido as Intervenções sugeridas de forma a darem resposta aos Diagnósticos, passam por: Melhorar a Gestão Comunitária através do promover a Participação Comunitária, do promover a Liderança Comunitária e do melhorar o Processo Comunitário. Os Critérios de Diagnóstico e as Intervenções gerais do MAIEC, e específicas de cada dimensão, encontram-se no Anexo I.

Na Figura 5 é apresentada a matriz de decisão clínica do MAIEC, enquanto processo e resultado do Empoderamento Comunitário, regendo-se pelo cumprimento das diversas etapas supra enumeradas, que definem o seu *modus operandi*.

Figura 5 – Matriz de Decisão Clínica do MAIEC



Face a esta matriz, conclui-se que o MAIEC se baseia numa potencial relação entre o Empoderamento Comunitário, as competências especializadas em Enfermagem Comunitária e a Enfermagem Comunitária Avançada. Para avaliação do nível de Empoderamento Comunitário alcançado, Melo *et al* (2020) traduziram para português e

validaram culturalmente a *Empowerment Assessment Rating Scale*, instrumento proposto por Laverack que contempla a avaliação dos 9 “domínios operacionais” deste empoderamento. Designaram este instrumento como “Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário”, mantendo cada um dos 9 domínios da escala original (ver Anexo II). Esta escala permite, por um lado avaliar o impacto da intervenção e por outro, o impacto da aplicação do MAIEC na melhoria do nível de Empoderamento Comunitário. Sendo desta forma possível identificar ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem Comunitária, com vista à melhoria do bem-estar da Comunidade subjacente à obtenção de ganhos em saúde.

Após a descrição teórica do enquadramento e da pertinência científica da temática, segue-se no capítulo seguinte a enumeração de todas as etapas da Metodologia utilizada, que baseou todo o planeamento e implementação do projeto de intervenção comunitária.

3. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO DA SAÚDE

Perante os objetivos delineados na UC Estágio Final e Relatório, com vista à aquisição e desenvolvimento de competências do EEESCSP, elaborou-se um projeto de intervenção comunitária, de acordo com a Metodologia do Planeamento da Saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993). Segundo estes autores, o Planeamento da Saúde deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico. Definem-no como um método caracterizado pela racionalização na utilização de recursos, com vista à redução de problemas de saúde considerados como prioritários, visando “*o objetivo último que é, necessariamente, a melhoria do nível de saúde da população*” (p.6). Nos próximos subcapítulos é feita uma descrição das fases preconizadas no Projeto de Estágio (Apêndice I), tendo como bases as etapas do Planeamento da Saúde e o MAIEC, como referencial teórico.

3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A primeira etapa do Planeamento da Saúde contempla o Diagnóstico de Situação, que corresponde à identificação dos problemas e ao levantamento das necessidades de saúde da população que requerem intervenção. Este Diagnóstico, ao caracterizar o nível de saúde da população, permite a determinação das prioridades de intervenção, a organização das atividades e o acompanhamento e avaliação dos resultados. Desta forma, deve ser conciso, mas também abrangente, minucioso, célere, inequívoco, e satisfazer as obrigações do Planeamento da Saúde. A concretização do Diagnóstico da Situação é assim, condição obrigatória para se delinear a intervenção (Imperatori & Giraldes 1993).

Tendo em conta a determinação e caracterização das necessidades em saúde, com vista à elaboração do Diagnóstico da Situação, procedeu-se a uma reunião formal com a Sr.^a Enf.^a Gestora e a Sr.^a Enf.^a Orientadora, para que o projeto fosse ao encontro do Plano de Ação da UCC. De entre os problemas identificados nesta reunião, constatou-se que existe uma percentagem significativa de utentes acompanhados pela ECCI com necessidades paliativas. Durante o ano de 2018 esta Equipa acompanhou um total de 149 utentes, dos quais 113 necessitaram desta tipologia de cuidados

Face à justificação da temática, anteriormente referida no subcapítulo 1.2, pretende-se que este projeto seja o início da “semente” da promoção de uma cultura de compaixão junto dos parceiros comunitários, inerente à prática de comunidades compassivas. No início da UC foram realizadas reuniões formais com alguns parceiros, com o intuito de perceber a sua receptividade face à colaboração na implementação do projeto. A vontade e motivação demonstradas, por parte dos parceiros, funcionou como “motor de arranque” de todo o projeto. Os resultados obtidos destas reuniões encontram-se descritos nos Apêndice IV.

Como parceiros foram escolhidos a Câmara Municipal e duas Instituições de cariz de Solidariedade Social, que prestam apoio a utentes acompanhados pela ECCI. Estas Instituições, ligadas diretamente à Igreja Católica, foram selecionadas pela missão de responsabilização social que desempenham, assente na solidariedade e justiça entre os indivíduos, desenvolvendo atividades de serviço ou de interesse público, tendo como objetivo promover o bem-estar da pessoa no seu todo, principalmente dos mais desprotegidos. Tendo em conta a problemática do projeto, a escolha destes parceiros foi consensual entre a mestranda, a Sr.^a Enf.^a Orientadora e a Sr.^a Enf.^a Gestora da UCC.

Neste sentido, este projeto serviu igualmente como “porta de entrada” no estabelecimento de parcerias da UCC com novos parceiros comunitários, como é o caso destas duas Instituições. Face às considerações éticas intrínsecas a todo este processo, foi solicitado ao Diretor Executivo do ACES, autorização para a implementação e avaliação deste projeto na UCC, no período compreendido entre 9 de setembro e 18 de dezembro de 2019, bem como a utilização dos resultados para fins académicos e a menção do nome do ACES e da UCC aquando da apresentação dos resultados (ver Apêndice V). O projeto teve parecer favorável, contudo foi pedido à mestranda o compromisso de anonimato e confidencialidade de todos os dados.

3.1.1. Comunidade e Sub-comunidade

Sendo o MAIEC o referencial teórico deste projeto, conclui-se que a população-alvo da intervenção é a Comunidade. Segundo Stanhope & Lancaster (2011), a unidade social constituída pela Comunidade é vista como algo mais do que um grupo de indivíduos ligados pela partilha de localização geográfica. A partilha de situações ou de interesse coletivo, que constituem as partes do grupo, definem de igual forma o conceito de Comunidade. Tendo em conta esta linha de pensamento e a problemática do projeto,

optou-se como Comunidade alvo para intervenção a rede de parceiros que prestam cuidados diretos à pessoa com doença avançada e em fim de vida. Neste contexto surge a Comunidade Residencial para Pessoas Idosas, que segundo Melo (2017) é definida como uma Comunidade constituída por um conjunto de estruturas que se enquadram numa resposta social destinada a alojamento coletivo, temporário ou permanente, para idosos. As Instituições parceiras selecionadas para intervenção enquadram-se neste conceito de **Comunidade**, sendo designadas como ERPI's. Respeitando o pedido de anonimato na divulgação dos dados, as Instituições parceiras envolvidas serão designadas a partir deste momento de ERPI A e ERPI B.

Um dos serviços prestados por estas Estruturas consiste no apoio SAD, que se encontra regulamentado através da Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro. Este apoio consiste na prestação de cuidados e serviços a pessoas e famílias que se encontram no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito. Pela complexidade de cuidados, cada vez maior, à qual este apoio assiste diariamente, muitas vezes situações de pessoas em grande sofrimento com doença avançada e em fim de vida, emerge uma articulação cada vez maior e mais eficiente entre o setor da saúde e a área social. Motivo pelo qual se tornou pertinente a escolha desta Comunidade como alvo de intervenção.

No sentido da especificidade da intervenção, a identificação da **sub-comunidade** tornou-se determinante em todo o desenvolvimento e implementação deste projeto. Perante os resultados obtidos nas reuniões com os parceiros, houve consonância na necessidade de intervenção junto dos profissionais que desempenham funções no apoio SAD. De acordo com as técnicas responsáveis por este apoio, estes profissionais verbalizam, muitas vezes, as dificuldades inerentes à prestação de cuidados a pessoas em grande sofrimento, muitas delas em fim de vida.

Esta sub-comunidade é assim constituída pelos cuidadores formais do apoio SAD, designadas por AAD, sendo renumerados pela função que desempenham. O *International Council of Nurses*, através da taxonomia CIPE (versão 2.0), descreve o papel de cuidador como “o de interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém” (Ordem dos Enfermeiros 2016, p.69). Inerente a este conceito, conclui-se que este cuidador assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade, atendendo às necessidades de alguém em situação de dependência. O desempenho destes cuidadores

prende-se com a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias, contribuindo para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar e para a permanência dos utentes no seu meio habitual de vida. Promove igualmente estratégias de desenvolvimento da autonomia, facilita o acesso a serviços da comunidade e reforça as competências e capacidades das famílias. Cuidador é assim, aquele que consegue combinar a destreza com o saber e a intuição, permitindo à pessoa doente ser uma pessoa singular e multidimensional, assim como sentir-se apoiada nas suas dificuldades.

Estar com; mostrar disponibilidade; favorecer o conforto; preservar uma esperança realista; manter as crenças; preservar a dignidade, são alguns dos princípios que o cuidador formal deve incluir no seu plano de intervenção. Por todos estes motivos, o papel dos cuidadores formais do apoio SAD junto das pessoas com doença avançada e em fim de vida, é considerado de extrema importância.

3.1.2. Determinação das Necessidades

Dando seguimento à elaboração do Diagnóstico de Situação, foi necessário identificar as necessidades em saúde da sub-comunidade definida. Cuidar da pessoa em fim de vida gera situações de stress não só para o doente, que está a vivenciar a última etapa da vida, como para os seus cuidadores, sejam eles família ou formais.

Capacitar adequadamente os cuidadores formais para que sejam capazes de cuidar com qualidade, as pessoas em fim de vida, exige que as organizações se sensibilizem para o cuidar como um processo que se foca na pessoa com a sua própria realidade e especificidade que deve ser respeitada (Brondani *et al*,2010). Neste sentido a ECCI desempenha um papel fulcral, promovendo a capacitação dos cuidadores formais, em diversas áreas, a fim de desenvolverem competências na prestação de cuidados às pessoas dependentes, sendo uma delas, a promoção da qualidade de vida das pessoas com doença avançada e em fim de vida. Alguns autores consideram evidente a necessidade de aumentar as parcerias, entre cuidadores formais numa atuação concertada, que se constituem efetivos ganhos em saúde, sendo fundamental a envolvência de parceiros locais como é o caso das ERPI's (Firmino, Simões & Cerejeira, 2016).

O cuidador formal deve desenvolver as suas intervenções com a intencionalidade de aliviar o sofrimento. Para isso, as suas atividades devem centrar-se nas necessidades da pessoa em fim de vida, situação que exige ao cuidador formal perceber que esta pessoa que vivencia o fim de vida é única e necessita de cuidados integrados e direcionados. Ao atender a este facto, evita-se que o cuidado seja considerado como uma sobrecarga. Visto

que o cuidador formal, para além do desempenho de funções de ordem instrumental, presta de igual forma funções de ordem emocional, comunicacional e relacional. Estes cuidadores são assim confrontados com a doença grave ou com a morte e, portanto, podem experimentar vários sentimentos e/ou emoções como angústia, desamparo, embaraço e impotência (Brondani *et al*,2010).

Sendo a identificação das necessidades, uma parte fundamental do Diagnóstico de Situação (Imperator & Giraldes 1993), torna-se importante diferenciá-las do conceito de problema de saúde. De acordo com Pineaut (2016), enquanto que um problema de saúde corresponde a um *“estado de saúde julgado como deficiente pelo indivíduo, pelo profissional de saúde ou pela coletividade”* (p.27), uma necessidade de saúde revela, em dado momento, *“uma lacuna a ser preenchida entre uma situação desejada e uma situação real”* (p.27). Por outras palavras, a necessidade expressa a lacuna relacionada com uma problemática, cuja resposta adequada permite encontrar a solução para o problema.

Perante as necessidades expressas pelos parceiros relacionadas com o cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida, e tendo como objetivo uma intervenção adequada, optou-se por uma metodologia de cariz qualitativa na recolha de dados. Segundo Fortin (1999) existem diversas técnicas de identificação de problemas e necessidades, que se podem incluir em três tipos de abordagens: indicadores, inquéritos e pesquisas de consenso. Face à problemática do projeto, a tomada de decisão sobre a utilização de uma metodologia de cariz qualitativa foi consensual entre todos os intervenientes (parceiros, mestranda, Sr.^a Prof.^a Orientadora e Sr.^a Enf.^a Orientadora). Tendo em vista a pesquisa de consenso, essencial para a elaboração do diagnóstico de situação, definiu-se como técnica de recolha de dados o *focus group*, com o objetivo de identificar as necessidades, sentimentos e dificuldades sentidas pelos cuidadores formais do apoio SAD no cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida.

A pesquisa realizada foi de natureza observacional, descritiva e transversal. De acordo com Bonita, Beaglehole & Kjellström (2010), os dados obtidos através dos estudos transversais *“são úteis para avaliar as necessidades em saúde da população”* (p.44). Os dados foram recolhidos através de uma entrevista semiestruturada com recurso à técnica de *focus group*. A entrevista semiestruturada não sendo inteiramente aberta ou encaminhada por um grande número de perguntas precisas, mas antes por uma série de perguntas guia, que não precisam de ser necessariamente aplicadas na ordem prevista, possibilita ao investigador encaminhar a entrevista em função dos objetivos (Pocinho, 2012). É o método de recolha de dados de eleição em pesquisas qualitativas.

O *focus group* é uma técnica de recolha de dados considerada rica, pois permite dinâmicas de grupo que facilitam a participação dos intervenientes e a obtenção de uma grande quantidade de informação, principalmente em áreas sensíveis, como a da Enfermagem (Papastavrou & Panayioti, 2012). É muito utilizado para explorar os pensamentos, ideias, atitudes e experiências dos participantes em relação a um tema em particular. O uso do *focus group* como uma ferramenta de pesquisa em Enfermagem tem vindo a tornar-se cada vez mais popular, uma vez que permite obter e explorar informação distinta através da interação grupal, que seria dificilmente obtida pela recolha de forma individual (Doody, Slevin & Taggart, 2013). Esta técnica de recolha de dados consiste na realização de uma entrevista de grupo em que se pretende explorar a opinião dos participantes, podendo revelar níveis de compreensão e informação distintos, não alcançáveis com outro tipo de técnicas de recolha de dados. Esta técnica não pretende alcançar consenso, mas antes capturar as diferentes perspetivas do grupo, sendo considerada uma ferramenta versátil e valiosa para o investigador e, simultaneamente, única, pois combina a entrevista, a observação participante e a interação grupal. Permite assim, analisar o problema em questão e fomentar a discussão e a tomada de decisões convenientes.

O planeamento e realização do *focus group* teve por base a elaboração de um guião (Apêndice VI) orientado pela questão central: “*Quais as maiores dificuldades sentidas na prestação de cuidados à pessoa com doença avançada e em situação de fim de vida?*”. Sendo esta questão o ponto de partida, seguiram-se 3 questões secundárias o que facultou a condução das respostas dos participantes durante a discussão, estimulando desta forma a troca de ideias. A mestranda desempenhou o papel de moderadora deste grupo de discussão, o que permitiu estabelecer uma relação de colaboração com os participantes, com vista ao apuramento das áreas prioritárias de intervenção e ao planeamento de estratégias. A realização deste grupo de discussão contou com a colaboração de informadores-chave, através da participação voluntária de todos os participantes, sendo salvaguardadas as questões de anonimato e confidencialidade e de autorização da gravação áudio da mesma, com a assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido (ver Apêndice VI). Para a gravação da entrevista recorreu-se à utilização de um gravador, tendo-se solicitado aos participantes que falassem um de cada vez, para evitar a sobreposição de discursos e facilitar a posterior transcrição dos *verbatim*s da entrevista.

Em cada ERPI parceira foi realizado um *focus group*, perfazendo no total a realização de dois grupos de discussão, que se tornaram fundamentais para o Diagnóstico

de Situação. Os participantes foram selecionados pelas técnicas responsáveis do apoio SAD, por serem informadores-chave da problemática em discussão. De referir que no grupo de discussão realizado na ERPI A, a técnica responsável assumiu igualmente o papel de participante no *focus group*, o que enriqueceu a recolha de dados. Ao assumir o papel de líder destas AAD, e segundo Laverack (2008), este desempenha um papel importante no desenvolvimento de pequenos grupos, assumindo a responsabilidade de orientação do grupo, fundamental para a participação dos membros da comunidade nas questões inerentes aos seus problemas.

Participaram nos 2 *focus group*, um total de 14 AAD todas do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 22 e os 55 anos e com experiência profissional na área entre os 5 e os 21 anos. Cada *focus group* teve duração de aproximadamente de 60 minutos. Tal como referido anteriormente, a mestranda desempenhou o papel de moderadora, em ambos os grupos, estabelecendo a dinâmica das discussões bem como estimular o debate, efetuar sínteses e limar aspetos relevantes. A Sr.^a Enf.^a Orientadora desempenhou o papel de observadora, auxiliando a mestranda na gestão da entrevista e na realização de notas de campo que auxiliaram, posteriormente, a análise dos dados recolhidos.

É de destacar que foi possível observar ao longo da realização dos grupos de discussão, por diversas vezes, que quando um dos participantes estava a falar, os outros demonstravam concordância com o que estava a ser dito através da comunicação não verbal, como por exemplo através do choro. Face à temática em discussão, houve momentos muito intensos, quer de expressão de sentimentos, quer de emoções, que se tornaram fundamentais para a perceção de todos os participantes das suas dificuldades e necessidades.

Após realização das entrevistas procedeu-se à sua transcrição integral nos *verbatimins*. Seguindo-se uma nova etapa, na qual é solicitado “mergulhar” profundamente na informação obtida para proceder à sua análise e extração das declarações significantes, com o recurso à utilização das etapas processuais da metodologia selecionada. De referir que estes *verbatimins* foram disponibilizados, igualmente aos participantes, para leitura e validação da informação.


Terminada a transcrição e validação dos *verbatimins* foi efetuada uma leitura flutuante dos mesmos e, posteriores leituras e releituras várias. Posteriormente foram definidas as áreas temáticas emergentes e as respetivas categorias, tendo por base o recurso à técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2018). Segundo esta autora, a análise de conteúdo aparece como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza

procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens” (p.40). Organiza-se em torno de três polos cronológicos: a pré-análise (que consiste na fase de organização propriamente dita, tendo por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, através da leitura flutuante dos dados obtidos, para subsequente identificação e análise dos achados), a exploração do material (que consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, nos quais os dados em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades) e o tratamento dos resultados e interpretações (em que os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos válidos).

O processo de análise de dados exigiu muito tempo e meticulosidade, tornando-se num desafio. Neste sentido, importa salvaguardar que há sempre algum grau de inferência na análise dos dados. A análise de conteúdo foi realizada tendo por base os objetivos da pesquisa, motivo pelo qual se centrou na identificação das necessidades, sentimentos e dificuldades sentidas pelos cuidadores formais do apoio SAD no cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida. A análise categorial foi realizada *à posteriori*, tendo por base a elaboração de uma matriz de análise de conteúdo, para cada *focus group* (Apêndice VII), de onde emergiram 5 categorias principais, divididas em sub-categorias, que direccionam a apresentação dos resultados obtidos. Enumeraram-se como categorias principais as **Dificuldades**, **Emoções**, **Sentimentos**, **Necessidades formativas** das AAD inerentes ao cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida e as **Estratégias** adotadas por estas cuidadoras ao nível do alívio do sofrimento. Como **Dificuldades** predominam o “Lidar com o processo de morte”, “Lidar com o sofrimento”, “Comunicação ineficaz com a pessoa” e a “Interação com a Família”. Relativamente às **Emoções** e **Sentimentos** prevalecem a “Tristeza”, o “Medo”, a “Impotência” e a “Pena”. Foram verbalizadas poucas **Estratégias** no alívio do sofrimento, sendo o “Toque” a estratégia mais vezes nomeada. As **Necessidades formativas** mais solicitadas relacionam-se com “Estratégias de comunicação” e “Estratégias de alívio da dor”.

No Apêndice VIII, encontram-se descritas as unidades de registo, de cada *focus group*, representando os fragmentos de texto dos *verbatim*s. Estas unidades representam as unidades de significação a codificar, correspondendo ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização (Bardin 2018).

Face aos resultados obtidos na análise de conteúdo, identificaram-se as necessidades conforme apresentado no Quadro 1.

 Défi ce de conhecimento no líder e nas AAD sobre o cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida, relacionado com:
<ul style="list-style-type: none">➤ a comunicação com a pessoa e família➤ o processo de morte e sofrimento➤ o conceito de cuidados paliativos➤ o conceito de empatia➤ o conceito de compaixão➤ as estratégias de alívio da dor➤ o tratamento de feridas/úlceras➤ os posicionamentos/mobilizações➤ a manipulação de dispositivos médicos

Através da análise do Quadro anterior, conclui-se que as necessidades identificadas se encontram relacionadas com défi ce de conhecimento relacionado com: processos (de comunicação, de morte e sofrimento, de estratégias de alívio da dor, no tratamento de feridas, nos posicionamentos e na manipulação de dispositivos médicos) e na definição de conceitos (de cuidados paliativos, empatia e compaixão).

Torna-se importante referir, que outra técnica utilizada na recolha de dados foi a observação participante do desempenho de funções da equipa do apoio SAD no domicílio, na medida em que algumas visitas prestadas pela equipa da ECCI, foram coincidentes com a visita desta equipa. O que permitiu à mestrand a, uma melhor perceção das dificuldades inerentes ao desempenho das tarefas das AAD, que foram coincidentes com as necessidades identificadas na análise de conteúdo dos *focus group*.

3.1.3. Diagnósticos de Enfermagem Comunitária

Para a formulação dos Diagnósticos de Enfermagem Comunitária foi utilizada a matriz de decisão clínica do MAIEC (Melo, 2017). A tomada de decisão clínica orientada para a Comunidade como unidade dos cuidados, iniciou-se com a avaliação da Atividade de Diagnóstico do Modelo. Os resultados desta avaliação encontram-se esquematizados em forma de quadro, em cada uma das Dimensões de Diagnóstico.

No Quadro 2 encontram-se demonstrados os resultados obtidos referentes à avaliação da Dimensão Participação Comunitária.

Quadro 2- Resultados da avaliação da Atividade de Diagnóstico da Dimensão Participação Comunitária

Avaliar Comunicação na Comunidade	SIM	NÃO
A comunidade e o líder têm mecanismos eficazes de comunicação sobre o cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida		x
Os membros da comunidade consideram clara a comunicação com o líder sobre o cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida		x
Avaliar Parcerias	SIM	NÃO
A comunidade tem conhecimento dos recursos existentes para formar parcerias no âmbito do cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida		x
A comunidade efetivou parcerias formais com outras comunidades no âmbito do cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida		x
Avaliar Estruturas Organizativas	SIM	NÃO
A comunidade tem estruturas organizativas (comissões de trabalho) para dar resposta ao cuidado da pessoa com doença avançada e em fim de vida		x

(Adaptado de Melo, 2017)

A esquematização dos resultados inerentes à Dimensão Liderança Comunitária encontra-se apresentada no Quadro 3 em seguida.

Quadro 3- Resultados da avaliação da Atividade de Diagnóstico da Dimensão Liderança Comunitária

Avaliar o Conhecimento	SIM	NÃO
A comunidade tem conhecimento sobre o cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida		x
O líder da comunidade tem conhecimento sobre o cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida		x
Avaliar as Crenças da Comunidade	SIM	NÃO
A comunidade acredita no projeto e na sua competência para a abordagem da problemática do cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida	x	
O líder da comunidade acredita no projeto e na sua competência para a abordagem da problemática do cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida	x	
Avaliar a Volição da Comunidade	SIM	NÃO
A comunidade tem vontade/motivação para desenvolver um projeto no âmbito do cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida	x	
O líder da comunidade tem vontade/motivação para desenvolver um projeto no âmbito do cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida	x	

(Adaptado de Melo, 2017)

Por fim a avaliação resultante da atividade de Diagnóstico da Dimensão Processo Comunitário encontra-se sintetizada, conforme apresentado no Quadro 4.

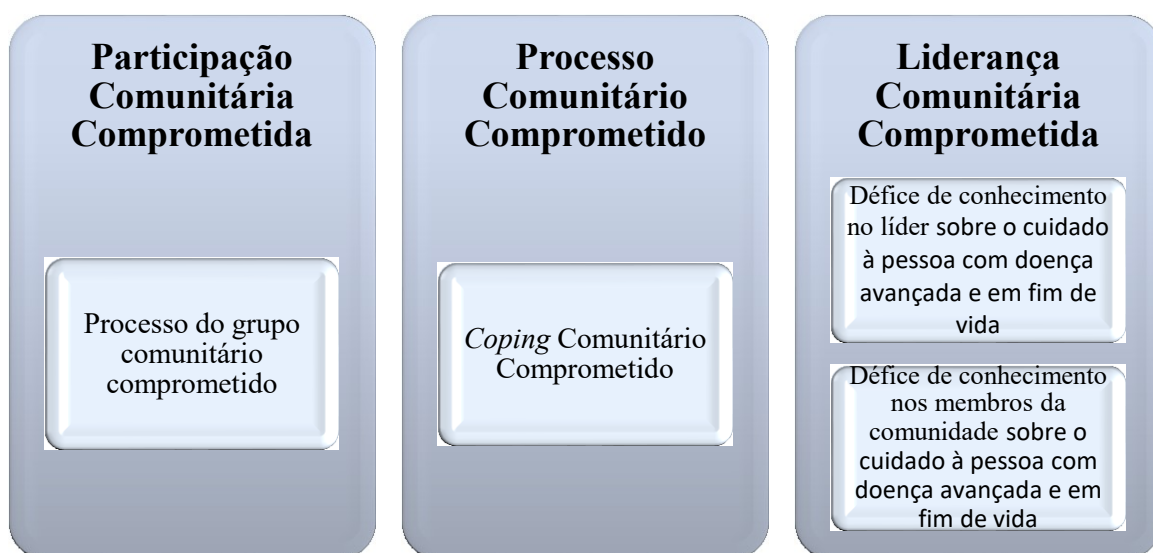
Quadro 4- Resultados da avaliação da Atividade de Diagnóstico da Dimensão Processo Comunitário

Avaliar <i>Coping</i> Comunitário	SIM	NÃO
A comunidade tem experiências anteriores no cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida	x	
A comunidade tem capacidade para questionar o “porquê” do seu diagnóstico face ao cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida		X
A comunidade tem relação com agentes para a resolução do cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida		x
A comunidade tem recursos com formação em planeamento em saúde		x

(Adaptado de Melo, 2017)

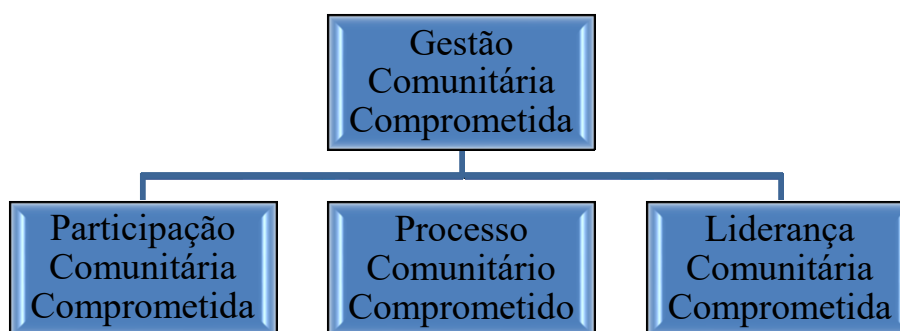
Após esta avaliação foram validados os Critérios de Diagnóstico preconizados no MAIEC, concluindo-se desta forma que todas as Dimensões de Diagnóstico se encontram comprometidas. A Figura 6 representa o resumo desses Critérios que foram essenciais para a formulação dos Diagnósticos de Enfermagem Comunitária.

Figura 6 – Critérios de Diagnóstico



Havendo comprometimento em todas as Dimensões de Diagnóstico, conclui-se que a **Gestão Comunitária**, enquanto Foco Central, encontra-se igualmente comprometida. Face à relação existente entre os Diagnósticos de Enfermagem e os Critérios de Diagnóstico, a Figura 7 esquematiza os Diagnósticos de Enfermagem Comunitária que foram identificados.

Figura 7 – Diagnósticos de Enfermagem Comunitária



Tendo em conta o período do Estágio Final e o Diagnóstico de Situação realizado, foi decidido por todos os intervenientes (mestranda, Sr.^a Enf.^a Orientadora e Sr.^a Prof.^a Orientadora) planejar uma intervenção comunitária que fosse de encontro ao Diagnóstico de Enfermagem **Liderança Comunitária Comprometida** e subjacente, tal como demonstrado na figura, ao Diagnóstico **Gestão Comunitária Comprometida**. Um dos motivos prende-se pelo facto que o Critério de Diagnóstico associado, estando este relacionado com o *“Défice de conhecimento no líder e nas AAD sobre o cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida”*, encontra-se inerente às necessidades identificadas no Diagnóstico de Situação.

3.2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A determinação de prioridades integra a segunda etapa do Planeamento da Saúde, emergindo logo após a identificação das necessidades de saúde no Diagnóstico da Situação. Nesta etapa são selecionadas as necessidades que serão resolvidas, através da hierarquização das mesmas pela determinação de prioridades com recurso a diversos critérios. *“Na definição das prioridades dever-se-ão ter em consideração dois elementos: o horizonte do plano e a área de programação”* (Imperatori & Giraldes 1993, p. 64). Isto é, o tempo disponível para a intervenção e a área de programação quer da UCC, quer das ERPI's parceiras. Apesar da importância de todas as necessidades identificadas, o projeto de intervenção sofreu condicionantes académicas devido ao tempo de duração do Estágio Final, sendo necessário o uso de critérios para selecionar quais as necessidades prioritárias.

Na priorização das necessidades identificadas recorreu-se ao Método de Hanlon (Tavares,1990). Segundo este autor, este método utiliza quatro critérios para a realização da priorização: **Amplitude** ou magnitude do problema (A); **Gravidade** do problema (B); **Eficácia** da solução (ou a vulnerabilidade do problema) (C) e **Exequibilidade** do projeto


ou da intervenção (D). A ordenação dos problemas é obtida pelo cálculo da fórmula $(A + B) \times D$. A cada um dos critérios foi atribuído um peso através de uma escala pré-determinada, baseados num consenso entre peritos, a Sr.^a En^{fa} Orientadora e a Sr.^a Prof.^a Orientadora (Apêndice IX). Atendendo às competências do EEESCSP e à duração do Estágio Final, optou-se por relevar o peso dos critérios da Amplitude ou magnitude (número de pessoas afetadas pelo problema) e da Exequibilidade do projeto de intervenção. Conforme se observa no Quadro 5, as ponderações obtidas pelo cálculo de priorização permitiram hierarquizar as necessidades identificadas.

Quadro 5 – Resultados do Método de Priorização

Necessidades Identificadas	Crítérios do Método				
	A	B	C	D	$(A+B) \times D$
Déficé de conhecimento no líder/membros da comunidade sobre o cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida, relacionado com:					
Comunicação com a pessoa e família	6	7	1	1	18
Processo de morte e sofrimento	10	10	1	1	20
Conceito de cuidados paliativos	10	10	1	1	20
Conceito de empatia	6	10	1,5	1	24
Conceito de compaixão	8	10	1,5	1	27
Estratégias de alívio da dor	4	7	1	1	11
Tratamento de feridas/úlceras	2	7	1	1	9
Posicionamentos/mobilizações	4	7	1	1	11
Manipulação de dispositivos médicos	2	7	1	1	9

Após todo este processo, no Quadro 6 encontram-se identificadas as necessidades que foram priorizadas para intervenção.

Quadro 6 – Necessidades Priorizadas

 Déficé de conhecimento no líder e nas AAD sobre o cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida, relacionado com:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ o conceito de compaixão ➤ o conceito de empatia ➤ o conceito de cuidados paliativos ➤ o processo de morte e sofrimento ➤ a comunicação com a pessoa e família

Desta forma, foram priorizadas as necessidades relacionadas com a definição conceptual de Cuidados Paliativos, Empatia e Compaixão, bem como inerentes ao processo de morte e de comunicação com a pessoa e a sua família.

3.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

A fixação de objetivos é a terceira etapa do Planeamento da Saúde. Esta consiste numa fase fundamental para uma correta fixação de objetivos a atingir relativamente a cada necessidade priorizada, num determinado período, pois, só mediante uma adequada definição de objetivos, é possível proceder a uma avaliação da intervenção (Imperatori & Giraldes,1993). Na formulação dos objetivos, é importante considerar que estes deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares,1990). Sendo um objetivo, um resultado desejável e tecnicamente exequível, a sua tradução em “metas” ou em “objetivos operacionais” torna-se essencial para a avaliação dos resultados (Imperatori & Giraldes,1993). Em termos de Promoção da Saúde, a natureza específica dos objetivos deve refletir-se nos resultados do empoderamento (Laverack,2008). Neste contexto importa referir que as intervenções preconizadas por Melo (2017) para os Diagnósticos de Enfermagem Comunitária selecionados para intervenção, conforme apresentado no Quadro 7, foram fulcrais para a fixação do objetivo geral e dos objetivos específicos do projeto.

Quadro 7 – Intervenções do Foco Central Gestão Comunitária e da dimensão Liderança Comunitária

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções
Gestão Comunitária Comprometida	Melhorar a Gestão Comunitária: ➤ Promover a Liderança Comunitária
Liderança Comunitária Comprometida	Promover a Liderança Comunitária: ➤ Ensinar o líder da comunidade sobre as questões basilares do problema em análise; ➤ Ensinar os membros da comunidade sobre as questões basilares do problema em análise

(Adaptado de Melo, 2017)

Neste sentido, definiu-se como **objetivo geral** deste projeto:

✚ Contribuir para a melhoria da Gestão Comunitária através da promoção da Liderança Comunitária, capacitando o líder e as AAD do apoio SAD no cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida.

De acordo com Laverack (2008), os objetivos do empoderamento concentram-se geralmente num acréscimo de controlo das decisões da comunidade que influenciam as escolhas face às suas necessidades. Sendo que as abordagens mais “empoderadoras” da Promoção da Saúde caracterizam-se pela proximidade, pelo diálogo e pela análise das necessidades, foi decidido em conjunto com as ERPI’s parceiras que a melhor abordagem

seria a capacitação da comunidade no cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida com recurso a sessões de sensibilização.

Neste sentido, os **objetivos específicos** determinados para a intervenção, e respetivas metas, encontram-se identificados no Quadro 8.

Quadro 8 – Objetivos Específicos e Metas

Objetivos Específicos	Metas
Ensinar o líder e as AAD sobre o conceito de Cuidados Paliativos, no período de 9 de setembro a 18 de dezembro de 2019	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Que 75% das participantes sejam capazes de reconhecer o conceito de Cuidados Paliativos; ➤ Que 75% das participantes sejam capazes de identificar 2 princípios dos Cuidados Paliativos; ➤ Que 50% das participantes sejam capazes de descrever o conceito de Compaixão; ➤ Que 50% das participantes sejam capazes de descrever o conceito de Empatia.
Capacitar o líder e as AAD na área da Comunicação com a pessoa e família, no período de 9 de setembro a 18 de dezembro de 2019	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Que 50% das participantes sejam capazes de identificar 3 barreiras à comunicação; ➤ Que 75% das participantes sejam capazes de reconhecer o conceito de escuta ativa.
Instruir o líder e as AAD sobre a prestação de cuidados de conforto à pessoa em fim de vida, no período de 9 de setembro a 18 de dezembro de 2019	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Que 50% das participantes sejam capazes de identificar 2 sinais de proximidade da morte; ➤ Que 75% das participantes sejam capazes de descrever 3 medidas de conforto a prestar no momento final de vida.

3.3.1. Indicadores e Metas

Imperatori e Giraldes (1993) referem que implícito à fixação de objetivos está a seleção de dois principais indicadores: os de resultado ou de impacto e os de atividade ou de execução. Um indicador de resultado pretende mensurar a alteração de comportamento consequente à intervenção enquanto que um indicador de atividade pretende medir a atividade desenvolvida. Por outras palavras, para mensurar os objetivos fixados devem ser definidos indicadores.

Os indicadores de atividade que foram selecionados para cada meta determinada, encontram-se descritos no Quadro 9.

Quadro 9 – Indicadores de Atividade

Indicadores de Atividade	Metas
<i>Taxa de execução das sessões</i> $\frac{\text{Nº de sessões realizadas}}{\text{Nº de sessões previstas}} \times 100$	100% das sessões realizadas
<i>Proporção de participantes que assistiram às sessões</i> $\frac{\text{Nº de participantes que assistiram às sessões}}{\text{Nº total de participantes}} \times 100$	80% de participação nas sessões, do total de participantes

No Quadro 10 são apresentados os indicadores de resultado e respectivas metas, que foram definidos para mensuração dos objetivos fixados.

Quadro 10 – Indicadores de Resultado

Indicadores de Resultado	Metas
<i>Proporção de participantes capazes de reconhecer o conceito de Cuidados Paliativos</i> $\frac{\text{Nº de participantes capazes de reconhecer o conceito de Cuidados Paliativos}}{\text{Nº total de participantes que assistiram aos 2 módulos}} \times 100$	75% das participantes sejam capazes de reconhecer o conceito de Cuidados Paliativos
<i>Proporção de participantes capazes de identificar 2 princípios dos Cuidados Paliativos</i> $\frac{\text{Nº de participantes capazes de identificar 2 princípios dos Cuidados Paliativos}}{\text{Nº total de participantes que assistiram aos 2 módulos}} \times 100$	75% das participantes sejam capazes de identificar 2 princípios dos Cuidados Paliativos
<i>Proporção de participantes capazes de descrever o conceito de Compaixão</i> $\frac{\text{Nº de participantes capazes de descrever o conceito de Compaixão}}{\text{Nº total de participantes que assistiram aos 2 módulos}} \times 100$	50% das participantes sejam capazes de descrever o conceito de Compaixão
<i>Proporção de participantes capazes de descrever o conceito de Empatia</i> $\frac{\text{Nº de participantes capazes de descrever o conceito de Empatia}}{\text{Nº total de participantes que assistiram aos 2 módulos}} \times 100$	50% das participantes sejam capazes de descrever o conceito de Empatia
<i>Proporção de participantes capazes de identificar 3 barreiras à comunicação</i> $\frac{\text{Nº de participantes capazes de identificar 3 barreiras à comunicação}}{\text{Nº total de participantes que assistiram aos 2 módulos}} \times 100$	50% das participantes sejam capazes de identificar 3 barreiras à comunicação

<i>Proporção de participantes capazes de reconhecer o conceito de escuta ativa</i> $\frac{\text{Nº de participantes capazes de reconhecer o conceito de escuta ativa}}{\text{Nº total de participantes que assistiram aos 2 módulos}} \times 100$	75% das participantes sejam capazes de reconhecer o conceito de escuta ativa
<i>Proporção de participantes capazes de identificar 2 sinais de proximidade da morte</i> $\frac{\text{Nº de participantes capazes de identificar 2 sinais de proximidade da morte}}{\text{Nº total de participantes que assistiram aos 2 módulos}} \times 100$	50% das participantes sejam capazes de identificar 2 sinais de proximidade da morte
<i>Proporção de participantes capazes de descrever 3 medidas de conforto a prestar no momento final de vida</i> $\frac{\text{Nº de participantes capazes de descrever 3 medidas de conforto}}{\text{Nº total de participantes que assistiram aos 2 módulos}} \times 100$	75% das participantes sejam capazes de descrever 3 medidas de conforto a prestar no momento final de vida
<i>Grau de satisfação das participantes em cada sessão, segundo a avaliação: 1 – Discordo Totalmente / 2 – Discordo / 3 – Concordo / 4 – Concordo Totalmente</i> $\frac{\text{Nº de participantes que avaliaram satisfatoriamente no grau 3 ou 4}}{\text{Nº total de participantes}} \times 100$	60% das participantes avaliem em “concordo” ou “concordo totalmente”, cada ítem do questionário

Diagnosticadas as necessidades onde se pretende intervir, fixados os objetivos do projeto, determinadas as metas e respetivos indicadores de resultado e de atividade, seguiu-se a seleção de estratégias a executar para as alcançar.

3.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A quarta etapa do Planeamento da Saúde passa pela seleção de estratégias. Nesta fase é possível escolher um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo (Imperator & Giraldes, 1993).

“É importante que as estratégias, sejam elas quais forem, aumentem o empoderamento comunitário” (Laverack 2008, p.105). Este autor menciona que as melhores estratégias para estabelecer e ampliar as capacidades das organizações comunitárias, são as estratégias usadas para promover ligações que incluem parcerias, coligações e alianças e que demonstram a capacidade para trabalhar em rede, colaborar, cooperar e desenvolver relações que promovam uma interdependência elevada. Estas relações interdependentes

podem dar origem a um maior nível de empoderamento do grupo, representando uma maior sustentabilidade do projeto.

Melo (2017) define três destas estratégias: a “ação pessoal” (direcionada para consultas personalizadas), a “ação nos pequenos grupos” (caracterizada pela educação para a saúde personalizada ao grupo” e “ação social e política” (determinada pela intervenção assentes em estratégias de marketing social em saúde). Resultante da reunião com a equipa de peritos (Sr.^a Enf.^a Gestora da UCC, Enf.^a Orientadora e Técnicas responsáveis pelo apoio SAD) a escolha da estratégia mais adequada para atingir os objetivos propostos foi a **Educação para a Saúde**, sendo esta técnica bem aceite pela comunidade. Utilizou-se assim como estratégia, a “ação nos pequenos grupos”.

Neste sentido, pretendeu-se promover a capacitação do líder e das AAD no cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida, visto que as necessidades identificadas são passíveis de mudança através de projetos de Promoção de Saúde. Desta forma, o processo educativo é a melhor forma de elevar o nível de literacia em saúde dos indivíduos e comunidades. *“O envolvimento da comunidade é, pois, muito importante, para garantir que a implementação e gestão das estratégias são também práticas “empoderadoras”* (Laverack 2008, p.106).

A Educação para a Saúde compreende oportunidades de aprendizagem criadas conscientemente que supõe uma forma de comunicação destinada para melhorar a literacia em saúde, incluindo a melhoria do conhecimento da população em relação à saúde e ao desenvolvimento de habilidades pessoais favoráveis à saúde individual e da comunidade (Ordem dos Enfermeiros,2011). Sendo esta, um instrumento de capacitação que considera a experiência pessoal anterior, os valores, as crenças e os fatores culturais (Stanhope & Lancaster,2011).

Tendo em consideração que o EEESCSP procede ao diagnóstico de saúde de uma comunidade, estabelece prioridades em saúde, formula objetivos e estratégias face às necessidades identificadas e ainda, contribui para a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos, foi pertinente o facto da mestranda assumir a liderança e dinâmica do projeto. A convergência de ideais e objetivos e o desenvolvimento de um trabalho em parceria foi primordial, pois permitiu uma linha comum orientadora da intervenção com resultados eficazes e efetivos. A construção de parcerias interdisciplinares, inerentes à prática de comunidades compassivas, entre a área da saúde e a área social, baseadas na participação comunitária e na comunicação, espelha a evidência científica demonstrada na RIL realizada.

3.5. ELABORAÇÃO DO PROJETO

Para Imperatori e Giraldes (1993) um projeto é uma atividade que se desenrola num período bem delimitado visando alcançar um resultado específico e que contribui para a execução de um programa. Como já referido anteriormente, este projeto integra-se no Plano Estratégico do PLS 2017-2020 do ACES, bem como no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos e consequentemente, no Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Esta etapa do Planeamento da Saúde caracteriza-se pela conexão importante com todas as outras etapas, sendo que o encadeamento dos processos é sistemático e retrospectivo, tornando-o por vezes demorado.

A finalidade desta etapa é a de evidenciar a relação entre as atividades planeadas, evitando sobreposições e/ou acumulação de práticas (num determinado período temporal), o apuramento de obstáculos à execução e a determinação dos recursos.

No sentido de dar resposta ao objetivo geral deste projeto, foram realizadas reuniões com a Sr.^a Enf.^a Orientadora e a Sr.^a Professora Orientadora. Face ao tempo disponível para implementação do mesmo, optou-se pela concretização da intervenção em apenas numa das ERPI's parceiras, sendo o caso da ERPI A. Contudo, foram retornados os resultados obtidos no Diagnóstico de Situação ao líder do apoio SAD da ERPI B, com o compromisso de futura intervenção da UCC (Apêndice X).

Durante o planeamento da intervenção a RIL realizada teve um peso importante, na medida que serviu de ponto de partida para a intervenção comunitária desenvolvida neste projeto. Trouxe como contributo a síntese da ciência e o estado da arte acerca da problemática em estudo, as abordagens utilizadas e os seus resultados. Contribuiu desta forma para o planeamento das intervenções, mediante uma prática baseada na evidência. De acordo com Fortin (1999) a investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para orientar a prática de cuidados.

Face aos resultados obtidos, e tendo em conta a evidência comprovada nas experiências inerentes à prática de comunidades compassivas, optou-se por sessões de sensibilização promotoras da capacitação da comunidade no cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida. Proporcionando-se desta forma, a operacionalização das intervenções sugeridas no MAIEC face aos Diagnósticos de Enfermagem Comunitária identificados. Esta operacionalização foi discutida em conjunto com as ERPI's parceiras, que demonstraram bastante interesse e motivação em todo este processo.

O objetivo será, no futuro, que as atividades definidas neste projeto possam ser alargadas às restantes ERPI's parceiras. Desejando que o projeto “*Comunidade Compassiva: Uma Estratégia Empoderadora da Promoção da Saúde*” contribua para a construção de mais parcerias e acima de tudo, para a promoção do Empoderamento Comunitário.

3.6. PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Esta etapa do Planeamento da Saúde deve iniciar-se com a especificação das atividades constituintes deste projeto, que devem ser definidas em função das metas estabelecidas (Tavares,1990). É nesta fase do Planeamento que se especifica detalhada e pormenorizadamente a forma como as atividades serão realizadas, os resultados esperados, os recursos necessários à realização de cada atividade e a forma como serão obtidos. (Imperator & Giraldes,1993).

As atividades desenvolvidas na prossecução deste projeto, procuraram dar resposta aos objetivos previamente delineados e assentes no Diagnóstico de Situação. Para possibilitar uma melhor compreensão da relação temporal com as atividades desenvolvidas foi elaborado um Cronograma de Atividades (Apêndice XI).

3.6.1. Operacionalização – Sessão “Cuidar com Compaixão a pessoa com doença avançada e em fim de vida”

Após a definição de prioridades, a fixação dos objetivos e a seleção das estratégias, foram definidas em reunião com todos os intervenientes (mestranda, Sr.^a Enf.^a Orientadora e Sr.^a Prof.^a Orientadora) quais as atividades mais pertinentes a realizar, tendo em conta toda a investigação e partilha de ideias descritas anteriormente.

Determinou-se que a intervenção junto do líder e das AAD do apoio SAD da ERPI A, fosse projetada através da realização de uma sessão intitulada “*Cuidar com Compaixão a pessoa com doença avançada e em fim de vida*”. O seu objetivo consistiu em sensibilizar esta comunidade para o cuidado assente na Compaixão, paradigma assente na prática das comunidades compassivas.

Como sugestão, foi proposto ao líder a divisão do conteúdo programático da sessão em dois momentos distintos, visto ser uma temática de abordagem complexa. De forma a promover a dinâmica de grupo e partilha de conhecimentos e experiências foram realizados dois módulos diferentes, o módulo I “*O Cuidado Paliativo: Conceitos e Princípios*” e o

módulo II “*Cuidar o Doente Paliativo em fim de vida*”. Tal como defende Laverack (2008) “*a confiança da comunidade assenta em pequenas actividades de grupo*” (p.106).

A intervenção abrangeu um total de 31 participantes (30 AAD e o líder do apoio SAD). O grupo foi dividido em 2 subgrupos, tendo a premissa que cada participante participaria numa sessão de cada módulo. Foram realizadas ao todo 4 sessões (duas de cada módulo). No módulo I houve adesão da totalidade dos participantes, contudo no módulo II, por motivos de doença, não puderam participar duas ADD.

As produções associadas à intervenção realizada foram:

- Cartaz de divulgação do módulo I e do módulo II (Apêndice XII);
- Plano de sessão do módulo I e do módulo II (Apêndice XIII);
- Apresentação da sessão do módulo I (Apêndice XIV) e do módulo II (Apêndice XV);
- Questionário de satisfação da sessão (Apêndice XVI);
- Ficha de avaliação de conhecimentos (Apêndice XVII).

Para a divulgação das atividades foi pedida a colaboração do líder, para que na reunião diária relembrasse as AAD das datas de cada módulo e da afixação do respetivo cartaz de divulgação, no placard da sala de reuniões com uma semana de antecedência. A articulação com todos os intervenientes foi fundamental no desenrolar do projeto, quer na disponibilização de recursos materiais quer na mobilização das AAD e do líder, de forma a dar continuidade na realização do seu trabalho, visto que as atividades foram realizadas dentro do horário laboral destas cuidadoras. Foi fundamental conhecer o contexto de trabalho desta sub-comunidade e os seus interesses, pois só assim foi possível promover a motivação necessária, para através da intervenção se facilitar a aquisição de conhecimentos, atitudes e habilidades, conducentes ao empoderamento comunitário.

A contextualização da importância do tema na prestação de cuidados à pessoa com doença avançada e em fim de vida no domicílio, foi abordada em todas as atividades. No final de cada atividade as participantes preencheram o questionário de satisfação da sessão. A ficha de avaliação de conhecimentos foi preenchida após a sessão do módulo II, visto contemplar os conteúdos programáticos de ambos os módulos. Seguidamente descrevem-se as atividades realizadas:

➤ **Módulo I “O Cuidado Paliativo: Conceitos e Princípios”** – Atividade realizada nos dias 20 e 28 de novembro de 2019. O objetivo deste módulo foi ensinar o líder e as AAD sobre o conceito de Cuidados Paliativos. Abordou-se o fenómeno de envelhecimento populacional e os novos desafios sociais subjacentes, as atitudes face à morte, a

importância do cuidado centrado na pessoa, a definição de Cuidado Paliativo e o conceito de empatia e de compaixão, enquanto princípios deste cuidado. A estratégia de um pequeno excerto de um filme foi facilitadora no incentivo à adesão dos participantes na discussão, pela expressão das suas opiniões de acordo com a análise que fizeram, desenvolvendo competências a nível da aquisição de conhecimentos, promovendo a tomada de consciência dos mesmos sobre a temática em questão. A solicitação de partilha de experiências anteriores, foi igualmente determinante para a adesão.

➤ **Módulo II “Cuidar o Doente Paliativo em fim de vida”** – Atividade realizada nos dias 3 e 5 de dezembro de 2019. Os objetivos deste módulo foram capacitar o líder e as AAD na área da comunicação com a pessoa e família e instruir na prestação de cuidados de conforto à pessoa em fim de vida. Procedeu-se à identificação dos sentimentos e das necessidades inerentes ao processo de sofrimento intrínseco. Apresentou-se a importância da comunicação nas relações interpessoais, algumas barreiras internas e externas à comunicação, o conceito de escuta ativa e sua importância no cuidado ao outro. Abordaram-se os sinais de proximidade de morte e quais as medidas de conforto a proporcionar de forma a minimizar o processo de sofrimento. Tal como no outro módulo a estratégia de visualização de um filme, neste caso sobre a diferença entre o conceito de simpatia e de empatia, foi determinante na aquisição de conhecimentos e mudanças de atitudes. A identificação de algumas estratégias de conforto visou o conhecimento prático destas cuidadoras inerente ao desempenho das suas funções.

Concluída a elaboração e operacionalização do projeto, importa avaliar a execução das atividades realizadas e o seu impacto na Comunidade alvo.

3.7. AVALIAÇÃO

A função primordial da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo (Tavares,1990), sendo que a maior parte dos elementos utilizados na avaliação são indicadores e é através deles que conhecemos a realidade e medimos os avanços alcançados (Imperatori & Giraldes,1993).

Importa de seguida avaliar se as metas estabelecidas foram atingidas. É de salientar que todas as atividades planeadas foram realizadas. Tendo em consideração os indicadores de atividade e de resultado apresentados anteriormente, são apresentados em seguida os resultados da avaliação do projeto.

Como resultados dos indicadores de atividade, e conforme apresentado no Quadro 11, conclui-se que as metas estabelecidas foram alcançadas com sucesso.

Quadro 11 – Avaliação dos Indicadores de Atividade

Indicador de Atividade	Meta	Resultado
<i>Taxa de execução das sessões</i> = $\frac{4}{4} \times 100$	100% das sessões realizadas	100%
<i>Proporção de participantes que assistiram às sessões</i> = $\frac{29}{31} \times 100$	80% de participação nas sessões, do total de participantes	93,54%

Relativamente aos indicadores de resultado estes foram avaliados de duas formas distintas: uma através do número de respostas certas identificadas na ficha de conhecimentos e outra através do grau de satisfação avaliado pelas participantes, no final de cada módulo de sessão.

No final da sessão do módulo II foram disponibilizadas fichas com o objetivo de avaliar o conteúdo programático dos dois módulos. Foram preenchidas no total 29 fichas de avaliação de conhecimentos. Na correção das mesmas foram consideradas as afirmações, nº 3, 4, 5, 8 e 9 como verdadeiras. Os resultados obtidos encontram-se descritos no Quadro 12, em seguida.

Quadro 12 – Avaliação dos Indicadores de Resultado

Indicador de Resultado	Meta	Resultado
<i>Proporção de participantes capazes de reconhecer o conceito de Cuidados Paliativos</i> = $\frac{25}{29} \times 100$	75%	86,2%
<i>Proporção de participantes capazes de identificar 2 princípios dos Cuidados Paliativos</i> = $\frac{26}{29} \times 100$	75%	89,6%
<i>Proporção de participantes capazes de descrever o conceito de Compaixão</i> = $\frac{27}{29} \times 100$	50%	93,1%
<i>Proporção de participantes capazes de descrever o conceito de Empatia</i> = $\frac{28}{29} \times 100$	50%	96,5%
<i>Proporção de participantes capazes de identificar 3 barreiras à comunicação</i> = $\frac{20}{29} \times 100$	50%	68,96%
<i>Proporção de participantes capazes de reconhecer o conceito de escuta ativa</i> = $\frac{22}{29} \times 100$	75%	75,8%
<i>Proporção de participantes capazes de identificar 2 sinais de proximidade da morte</i> = $\frac{26}{29} \times 100$	50%	89,6%
<i>Proporção de participantes capazes de descrever 3 medidas de conforto a prestar no momento final de vida</i> = $\frac{28}{29} \times 100$	75%	96,5%

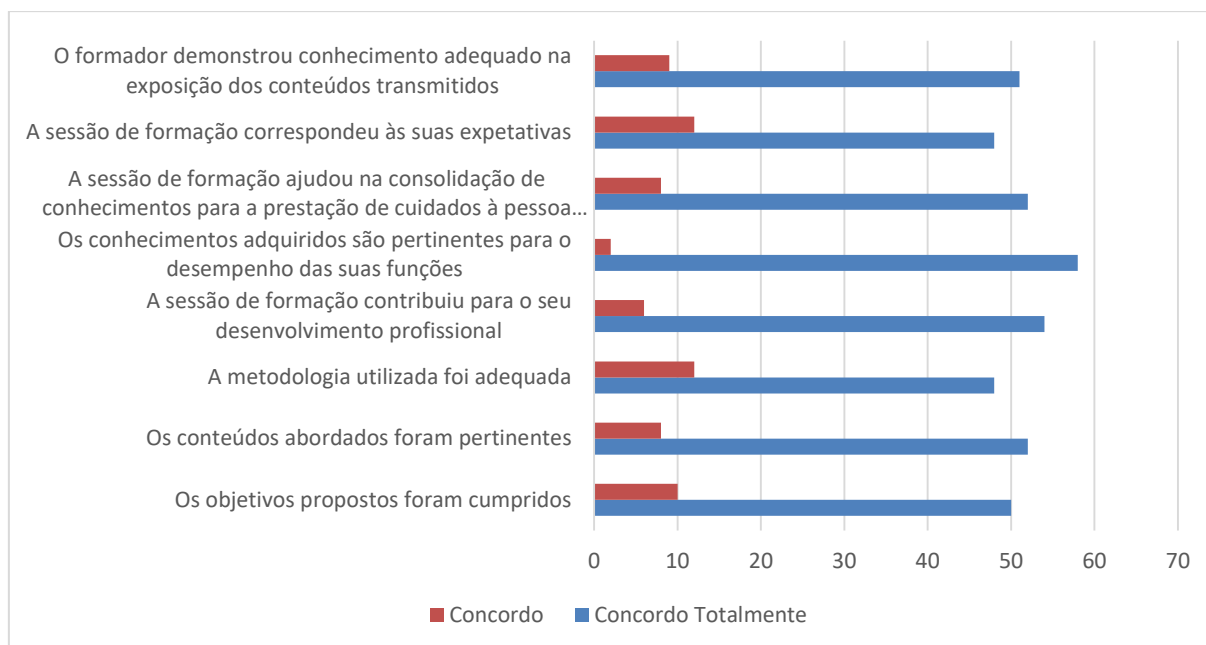
Estes resultados apontam para uma melhoria dos conhecimentos face ao Diagnóstico de Situação realizado. Considerando-se que os objetivos específicos, para cada módulo, foram conseguidos com a correção das fichas no final de cada apresentação. Contudo observou-se durante o preenchimento das fichas, que surgiram várias dúvidas quanto à afirmação relativa às barreiras de comunicação e esse aspeto foi confirmado com o número de classificações incorretas. Por este motivo, existe necessidade de reformular a estratégia utilizada na transmissão desta informação. Sendo um dos aspetos a melhorar nas futuras intervenções.

Os dados suprarreferidos remetem para uma avaliação global da intervenção bastante positiva havendo, contudo, lugar para aperfeiçoamentos em projetos futuros. Perante o exposto, é possível referir que os dados apontam no sentido da promoção da liderança comunitária. Espelhando assim, o Empoderamento desta comunidade no cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida.

Nesta perspetiva, destaca-se a motivação e participação demonstrada pelo líder e pelas AAD em todas as sessões. A presença e participação da Sr.^a Enf^a Orientadora em todas as atividades, sendo um elemento-chave promotor da dinâmica de grupo, foi fundamental para fortalecer alguns fatores facilitadores e de reforço, tais como a disponibilidade da UCC, acessibilidade à equipa de enfermagem da ECCI e disponibilidade de apoio por parte desta. Contribuindo desta forma, para o reforço das parcerias entre parceiros e consequentemente para a continuidade do projeto.

No final de cada sessão foi entregue um questionário, com o intuito de avaliar o grau de satisfação das participantes. Foram preenchidos um total de 60 questionários. De referir que não houve nenhum item avaliado com o grau de “*discordo totalmente*” ou “*discordo*”, o que reflete um elevado grau de satisfação. No Gráfico 1 encontra-se representado o número total de participantes que avaliaram de “*concordo*” ou “*concordo totalmente*”, cada item do questionário.

Gráfico 1 – Resultados do Questionário de Satisfação



Considerou-se assim, após reflexão crítica e através dos dados obtidos através da avaliação que a meta estabelecida de 60% das participantes que avaliaram satisfatoriamente as sessões, foi largamente superada. Um dos motivos, prende-se pela boa evolução na relação estabelecida durante as sessões entre a mestrandia e as participantes, o que de alguma forma contribuiu para estes bons resultados. O feedback retribuído após cada sessão foi bastante positivo, na medida da tomada de consciência pelas participantes da importância destas sessões no contributo no desempenho das suas funções.

Contudo, houve pouca adesão no preenchimento das duas “questões abertas” contempladas no questionário. Apenas 22 participantes responderam à primeira questão e 8 à segunda. Relativamente à questão “No geral como classifica a sessão?” obteve-se como respostas: “Boa” (n=8), “Muito Boa” (n=6), “Muito importante” (n=3), “Muito esclarecedora” (n=2), “Muito informativa” (n=3). Na outra questão “Sugestões para futuras sessões” as 8 participantes sugeriram “Mais vídeos”.

Como sugestão de avaliação futura, a mestrandia propõe a aplicação da *Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário* (Anexo II), 6 a 12 meses após a intervenção, com o intuito de se avaliar o nível de Empoderamento Comunitário da Comunidade em questão. Tal como Laverack (2008) refere, “o empoderamento comunitário pode ser um processo extenso e denso. Normalmente, só passado alguns anos é que surgem resultados específicos do processo de empoderamento” (p.107).

No capítulo seguinte são descritas as múltiplas competências desenvolvidas pela mestranda ao longo de todo o processo.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo pretende-se realizar uma reflexão das múltiplas competências que a mestranda adquiriu e desenvolveu no decurso do Estágio Final: Comuns ao Enfermeiro Especialista, Específicas do EEESCSP e com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos que regulam o exercício da profissão.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No que concerne ao desenvolvimento de competências, importa salientar o conceito de Enfermeiro Especialista proposto pela Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento n.º 140/2019:

“enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (p.4744).

De acordo com este Regulamento, todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade, possuem competências partilhadas, as “Competências Comuns”, sendo demonstradas através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. De seguida encontram-se descritas estas Competências:

A- Competências do Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

Neste domínio a prática da mestranda foi exercida de acordo com a Deontologia Profissional de Enfermagem, tendo em conta os aspetos éticos inerentes, que nortearam o processo de tomada de decisão clínica, alcançando as melhores práticas. Ao abrigo do artigo 99º todas as intervenções foram realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade humana, salvaguardando o respeito pelos direitos humanos: princípio da autonomia (considerando a sua autodeterminação e a liberdade dos julgamentos, crenças e valores), princípio da beneficência, princípio da não maleficência e bem comum; direito ao consentimento livre e esclarecido e ao direito ao sigilo profissional.

No que se refere à definição de estratégias de resolução das necessidades identificadas, estas foram desenvolvidas em parceria com a comunidade alvo, tendo sempre presente o princípio contemplado no artigo 101º da Deontologia Profissional, “*Do dever para com a comunidade*” (p.8079). No qual o enfermeiro é responsável para com a comunidade na Promoção da Saúde e na resposta adequada às necessidades identificadas. A mestranda demonstrou, desta forma, a preocupação em conhecer as necessidades da respetiva comunidade, focando a sua intervenção nos cuidadores formais da pessoa com doença avançada e em fim de vida, fazendo um diagnóstico de situação desta problemática. Na implementação do projeto foi garantida a confidencialidade e anonimato, em conformidade com as normas e procedimentos éticos, salvaguardando o respeito pelos parceiros e por todos os participantes envolvidos, impossibilitando a sua identificação.

B- Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A mestranda assumiu um papel proativo na liderança e implementação do projeto de intervenção comunitária realizado. Por outro lado, conduziu (sob supervisão) o desenvolvimento da maioria das atividades planeadas, focando a sua ação numa iniciativa estratégica que irá conduzir a um melhor desempenho das tarefas, por parte das cuidadoras formais. Contribuindo-se desta forma para a promoção da melhoria da qualidade de vida da pessoa com doença avançada e em fim de vida. Outro aspeto relevante prende-se pelo fato deste projeto ter contribuído para o estabelecimento de parcerias entre a UCC e novos parceiros comunitários. A melhoria desta articulação é sem dúvida uma mais valia para uma contínua qualidade dos cuidados prestados à Comunidade.

Durante a prestação de cuidados, inerentes à visita domiciliária, a mestranda demonstrou sempre preocupação pela qualidade e segurança dos cuidados prestados, numa perspetiva multidimensional (biopsicossociocultural). Todas as intervenções executadas privilegiaram um ambiente seguro, ao nível da gestão do risco, nomeadamente na prevenção de incidentes relacionados com a prática clínica.

C- Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

Neste domínio foram desenvolvidas competências na tomada de decisão clínica especializada fundamentada em evidência científica e experiência clínica (recurso ao pensamento crítico e à prática reflexiva), na experiência da Comunidade (reconhecer os seus valores e experiências individuais) e ainda do contexto (conhecimento do *setting* de implementação do projeto). Esta competência foi desenvolvida ao longo de todo o projeto,

desde a escolha e pertinência do tema, do modelo teórico subjacente, aos métodos de priorização e da estratégia escolhida. A mestranda adotou uma posição de liderança reconhecendo os contributos e funções de todos os intervenientes visando a implementação de um projeto adequado aos recursos existentes e às necessidades identificadas pela comunidade.

D- Competências do Domínio das Aprendizagens Profissionais

No domínio das aprendizagens profissionais, confirma-se um grande desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, na medida em que foi possível com a ajuda das orientadoras (clínica e pedagógica), gerir sentimentos e emoções, em prol de respostas eficazes. O nível de confiança na relação desenvolvida, com os diferentes intervenientes, dependeu das boas práticas fundamentadas na sustentação teórica e na linguagem científica adotadas, adaptadas à literacia dos participantes. Garantiu-se de igual forma uma busca por oportunidades de aprendizagem e, em simultâneo, uma pesquisa contínua pela melhor e mais recente evidência científica e pelo aumento do nível de conhecimentos acerca da prestação de cuidados na Comunidade. Por último, constata-se que a RIL elaborada traz contributos para a disciplina, mostrando as evidências científicas que existem em relação à temática, as estratégias utilizadas e resultados obtidos, com o objetivo de guiar a intervenção comunitária deste projeto.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

De acordo com o Regulamento N°428/2018, de 16 de julho, a Ordem dos Enfermeiros considera que, o EEESCSP fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde. Identifica ainda o perfil de Competências Específicas do EEESCSP:

- “a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;*
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;*
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;*
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.” (p.19354)*

Após uma reflexão crítica e analisando as Competências Específicas desenvolvidas pela mestranda, considera-se:

a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

A metodologia do Planeamento em Saúde esteve presente ao longo de toda a intervenção comunitária realizada, tendo sido cumpridas todas as etapas segundo Imperatori & Giraldes (1993). Desde o Diagnóstico da Situação, com fundamentação em dados epidemiológicos sobre o envelhecimento populacional e na aplicação de técnicas de recolha de dados relativos à identificação das necessidades da Comunidade ERPI, no cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida; na priorização destas necessidades; na formulação dos Diagnósticos de Enfermagem Comunitária; na definição dos objetivos e escolha da educação para saúde como estratégia adequada, até ao planeamento e avaliação (indicadores de atividade e de resultado) de toda a intervenção, considerando os recursos disponíveis, com fundamentação no MAIEC.

b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

Competência desenvolvida pelo compromisso de liderança ao longo de todo o projeto, mobilizando os parceiros comunitários, para a identificação e resolução das suas necessidades de saúde, com vista à promoção da participação comunitária em todo o processo. Tal como descrito no Regulamento supracitado, o EEESCSP “*mobiliza parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde*” (p.19356). O desenvolvimento de parcerias e o criar sinergias entre setor da saúde (UCC) e o setor social (ERPI's parceiras), visam a continuidade do projeto, sendo que este conduz à capacitação de uma sub-comunidade específica, identificada no Diagnóstico de Situação. Contudo servirá de “ponto de partida” para a capacitação de outras comunidades, com vista à consecução de projetos de saúde coletiva e de exercício da cidadania. No sentido de resolução das necessidades identificadas, a intervenção realizada (por meio de sessões de sensibilização), pretendeu contribuir para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com doença avançada e em fim de vida, tornando-a ainda mais prioritária e pertinente. O contributo da mestranda para o processo de capacitação da comunidade, foi alargado, através da entrevista que deu numa rádio local sobre a temática das comunidades compassivas. Foi uma experiência bastante gratificante e enriquecedora, onde foram

abordados assuntos relacionados com a Promoção da Saúde e a Cidadania em Saúde e de que forma se relacionam com a prática de Comunidades Compassivas.

O alcance desta competência só foi possível pela mobilização de conhecimentos de diferentes disciplinas de Enfermagem, comunicação, educação, ciências humanas e sociais, tal como preconizado no Regulamento: *“Utiliza conhecimentos de diferentes disciplinas nos processos de mobilização e participação das comunidades”* (p.19356).

c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde

Este percurso procurou também dar resposta às orientações emanadas pela DGS (2015) no PNS– Revisão e Extensão a 2020, associada à promoção de comunidades saudáveis através da capacitação dos cidadãos por meio de *“...acções de literacia, para a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde e por um papel mais interventivo no funcionamento do Sistema de Saúde, com base no pressuposto da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (empowerment)”* (p.21). Procurou-se assim, contribuir para a capacitação dos membros da comunidade tornando-os mais conscientes das ações promotoras de saúde. Toda a intervenção realizada teve como base as diretrizes do Programa Nacional dos Cuidados Paliativos (DGS 2005) e do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2019/2020 (Despacho nº 372/2019).

d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

Competência desenvolvida de forma evidente, na realização do Diagnóstico da Situação fundamental para o desenvolvimento do projeto, na aplicação de técnicas de recolha de dados, no tratamento e análise dos mesmos, e ainda na elaboração de indicadores apropriados para traçar o perfil epidemiológico da comunidade. A RIL realizada contribuiu igualmente para o desenvolvimento desta competência, na medida em que o EEESCSP *“utiliza a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública”* (p.19357).

4.3. COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM

Para além das Competências anteriormente descritas é esperado que, ao longo do Estágio Final, sejam de igual forma desenvolvidas por parte da mestranda Competências de Mestre em Enfermagem, grau conferido por este curso académico. Segundo o

Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem (UCP, 2017) e, de acordo com o definido no artigo 15º do DL nº65/2018, de 16 de agosto, estas competências são apresentadas sob a forma de descritores bem definidos e que descrevem os resultados esperados ao detentor de grau de Mestre. De seguida, encontram-se descritas as Competências desenvolvidas, em cada descritor.

Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão aprofundada na respetiva área de especialização em Enfermagem, no desenvolvimento das competências adquiridas no curso de licenciatura em Enfermagem, incluindo no domínio da investigação. Considera-se que a realização do Diagnóstico da Situação e o restante trabalho científico, com recurso à Metodologia de Planeamento da Saúde e à investigação, através da RIL realizada, demonstrou que a mestranda possui os conhecimentos e as capacidades fundamentais à compreensão dos problemas, centrada na área de especialização, que sustentam uma prática baseada na evidência;

Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em Enfermagem. Competência desenvolvida pelo aumento de conhecimentos e desenvolvimento do pensamento crítico, acerca da problemática dos Cuidados Paliativos na Comunidade, considerando os seus determinantes de saúde e a ação fulcral do EEESCSP centrada na Comunidade, como alvo dos seus cuidados especializados. Ao longo do Relatório, a mestranda deu a conhecer, de uma forma explícita as suas aprendizagens, análises e reflexões orientadas para a resolução de problemas e na procura de respostas concretas para as necessidades de saúde identificadas;

Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com situações complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem. Competência demonstrada ao longo da elaboração do Relatório, tendo já sido descritas anteriormente as implicações e responsabilidades éticas e sociais cumpridas no processo de tomada de decisão clínica. A temática do projeto, é por si, uma questão complexa, na medida que se relaciona com a problemática dos Cuidados Paliativos e a ela subjacente, situações de grande sofrimento da pessoa e seus cuidadores/família, muitas vezes em fim de vida. Contudo, este facto não

representou nenhum obstáculo para a reflexão e desenvolvimento de estratégias por parte da mestranda, baseadas numa perspetiva alargada e multidisciplinar, não obstante, centrada na área da especialidade, a Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública;

Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades. Durante a realização do Estágio Final, a mestranda foi uma das preletoras da Mesa “*Desafios Emergentes na Comunidade*” do II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, organizado pela Escola de Enfermagem de Lisboa do ICS da UCP, decorrido no dia 29 de novembro de 2019. Comunicou as conclusões do trabalho académico e as competências desenvolvidas na UC Vigilância e Decisão Clínica referente ao 2º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem. Subordinado ao tema “*Diagnóstico de Situação: Indicadores Contratualizados numa UCC*”, a mestranda abordou a temática dos indicadores de qualidade que traduzem os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem prestados pela equipa da UCC. Foi sem dúvida uma experiência bastante enriquecedora e gratificante no desenvolvimento de competências de Mestre. A mestranda pretendeu contribuir para a consciencialização de todos de que a qualidade, sendo uma das áreas prioritárias em saúde, e estando inerente à avaliação dos cuidados prestados, contribui para a resposta eficiente e efetiva das necessidades de saúde da população. Neste Seminário, a mestranda participou igualmente na elaboração de um Poster Científico, refletindo os resultados de uma *scoping review*, mobilizando conhecimentos que sustentam uma prática baseada na evidência;

Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. Competência desenvolvida pela preocupação constante na procura de informação atualizada, baseada na evidência científica, fulcral no planeamento e execução de todas as intervenções. Promovendo desta forma a translação do conhecimento para a prática de uma Enfermagem Avançada, intrínseca na tomada de decisão do detentor de grau de Mestre. Sendo a temática do projeto, um assunto ainda pouco conhecido, a mestranda reconhece de forma inquestionável a importância da investigação realizada, refletindo a sua autonomia no seu processo de aprendizagem.

5. CONCLUSÃO

Este Relatório descreve o percurso de crescimento pessoal e profissional da mestranda, como sendo uma experiência intensa, produtiva e enriquecedora na aquisição e desenvolvimento de competências múltiplas. O facto de ter desenvolvido a sua intervenção numa problemática tão atual, justificada por estudos epidemiológicos nacionais e internacionais, foi deveras estimulante e gratificante, refletindo a necessidade emergente da mesma ser integrada a nível do planeamento estratégico macro, no âmbito das políticas de saúde e sociais.

Inerente à problemática do envelhecimento da população ocorre um aumento da prevalência das doenças crónicas, graves, incapacitantes e progressivas, na sua maioria caracterizadas por necessidades paliativas. A melhoria da qualidade de vida deve ser intrínseca ao processo de gestão da doença crónica e terminal, trazendo desta forma novos desafios para governos, responsáveis políticos, para a sociedade em geral, e profissionais de saúde em particular. Trazer esta problemática para a Comunidade, traduz-se num importante desafio quer para a Enfermagem Comunitária, quer para a Saúde Pública.

As Comunidades Compassivas, tal como evidenciado na RIL, são uma possível resposta ao desafio colocado perante uma sociedade em envelhecimento, através do envolvimento da Comunidade na abordagem ao Cuidado Paliativo. Por este motivo devem ser consideradas como práticas empoderadoras da Promoção da Saúde, na medida que promovem o processo de capacitação da Comunidade, na resposta às necessidades dos seus membros com doença avançada e em fim de vida, bem como da sua família e/ou cuidadores. A sociedade deverá assim assumir a responsabilidade do seu papel fundamental na Promoção da Saúde das suas Comunidades, fazendo emergir o conceito de Cidadania em Saúde.

O projeto de intervenção comunitária desenvolvido pela mestranda permitiu “olhar” a Comunidade como alvo dos seus cuidados, contribuindo para o desenvolvimento de competências inerentes à tomada de decisão clínica especializada. Uma vez que, e de acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o enfermeiro especialista face à promoção da saúde de uma comunidade, *“promove a responsabilidade social para com a saúde,*

tanto na definição de políticas como na definição e implementação de práticas” (Regulamento nº 348/2015, p.16483). O projeto visou contribuir para a promoção do Empoderamento Comunitário, possibilitando assim a tomada de consciência dos seus membros sobre as decisões relativas à qualidade de vida e de bem-estar da sua Comunidade.

Face ao Diagnóstico de Situação realizado seguiu-se a metodologia do Planeamento da Saúde, tendo como suporte teórico o MAIEC associado à tomada de decisão clínica centrada numa Enfermagem Comunitária Avançada. A estratégia utilizada neste projeto foi a Educação para a Saúde. A intervenção especializada resultou na capacitação do líder e dos membros da sub-comunidade (constituída pelas AAD) no cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida. Outra mais-valia resultante deste projeto, foram as parcerias conseguidas com a sua implementação, essenciais na prática avançada em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. O envolvimento da Comunidade e o estabelecimento de parcerias foram fulcrais no sentido do Empoderamento Comunitário implícito na implementação do projeto, uma vez que as intervenções do EEESCSP devem ser focadas na Comunidade, para a Comunidade e com a Comunidade. A abordagem da Comunidade como cliente, tal como preconizado no MAEIC, permitiu o envolvimento direto da mesma alicerçado na parceria, baseada na apreciação, no diagnóstico, no planeamento, na implementação e na avaliação de toda a intervenção.

O conjunto de competências adquiridas pela mestranda no desenrolar do Estágio Final, teve como princípio orientador, o dever de ser responsável pela sua aprendizagem, como um processo de autoconhecimento, gestão de sentimentos e emoções, reconhecendo os seus recursos e limites. Cada obstáculo e limitação, foram vistos como uma oportunidade neste processo de crescimento. O percurso realizado foi acompanhado de um processo reflexivo, tendo por base uma visão da realidade de forma estruturada, procedendo à sua análise, nas suas diversas dimensões, permitindo o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

A motivação e o empenho que a mestranda demonstrou durante o Estágio Final, refletem a sua satisfação e sentimento de realização face a todo o trabalho desenvolvido.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel J. (2018). Compassionate communities and end-of-life care. *Revista Clinical Medicine*; 18 (1): 6-8
- ACSS. Circular Normativa nº1/2017/CNCP/ACSS - Requisitos mínimos para Equipas locais de cuidados paliativos da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) e indicadores de referência para a implementação e desenvolvimento destas equipas. 12 de janeiro de 2017. Lisboa
- Aoun SM, Breen LJ, White I, Rumbold B & Kellehear A. (2018). What sources of bereavement support are perceived helpful by bereaved people and why? Empirical evidence for the compassionate communities approach. *Palliative Medicine*; 32 (8): 1378–1388. Disponível em: <https://www.doi.org/10.1177/0269216318774995>
- Bardin L. (2018). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições70. ISBN 978-972-44-1506-2
- Bollig G, Brandt F, Ciurlionis M & Knopf B. (2019). Last Aid Course. An Education for All Citizens and an Ingredient of Compassionate Communities. *Healthcare*; 7 (19). Disponível em: <https://www.doi:10.3390/healthcare7010019>
- Bonita R, Beaglehole R & Kjellström T. (2010). *Epidemiologia Básica*. (2ª.Ed.). São Paulo: Santos Editora. ISBN 978-85-7288-839-4
- Brondani C, Beuter M, Alvim N, Szareski C, Rocha L. (2010). Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis; 19(3) jul-set: 504-510
- Capelas ML. (2009). Cuidados Paliativos: uma proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde*. 2 (1): 51-57
- Capelas ML & Neto I. - Organização de serviços. In: Barbosa A & Neto I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. (2ª Ed):485-511. ISBN: 978-972-9349-22-5
- Carta da Compaixão. (2017). Disponível em: <https://www.charterforcompassion.org/>
- Carta das Comunidades Compassivas. Disponível em <https://www.phpci.info/tools/>

- Coelho SP, Capelas ML, Silva R, Mello RA, Costa T, Reis C & Sá L. (2014). Cuidados Paliativos no domicílio: Revisão Integrativa da Literatura. X Congresso Nacional da Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos; Madrid
- Collière MF. (1999). Promover a Vida. Lisboa: Lidel. ISBN 9789727571093
- Deodato S. (2018). Direito da Saúde. (2ª. Ed.). Coimbra: Edições Almedina. ISBN 978-972-40-6788-9
- DGS (2005). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível em: www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx
- DGS. (2010). Estratégias para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Rede Nacional de Cuidados Integrados 2011-2013. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
- DGS (2015). Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. Lisboa. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>
- DGS (2017). Plano Local de Saúde: ACES Almada e Seixal 2017-2020. Almada: USP. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/planos-locais-de-saude/>
- Doody O, Slevin E & Taggart L. (2013). Preparing for and conducting focus groups in nursing research: part 2. British Journal of Nursing. 22 (3): 170-173
- Figueiredo MH. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Uma abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-83-7
- Firmino H, Simões MR & Cerejeira J. (2016). Saúde Mental das Pessoas mais velhas. Lisboa: LIDEL, Edições Técnicas, Lda. ISBN:978-989-752-147-8
- Flores S, Molina E, Osuna JB, Vargas RM & Vicuña MN. (2018). All with You: a new method for developing compassionate communities-experiences in Spain and Latin-America. Ann Palliat Med; 7 (Suppl 2): S15-S31. Disponível em: <https://www.doi.org/10.21037/apm.2018.03.02>

- Fortin MF. (1999). O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X
- Garcia M A A, Rodrigues M G & Borega R S. (2002). O Envelhecimento e a Saúde. Revista Ciência Médica, set-dez: 221-331
- Gómez-Batiste X, Mateu S, Serra-Jofre S, Molas M, Mir-Roca S, Amblàs J, Costa X, Lasmarías C, Serrarols M, Solà-Serrabou A, Calle C & Kellehear A. (2018). Compassionate communities: design and preliminary results of the experience of Vic (Barcelona, Spain) caring city. Ann Palliat Med; 7 (Suppl 2):S32-S41. Disponível em: <https://www.doi: 10.21037/apm.2018.03.10>
- Grindrod A & Rumbold B. (2018). Healthy End of life Project (HELP): a progress report on implementing community guidance on public health palliative care initiatives in Australia. Ann Palliat Med; 7 (Suppl 2):S73-S83. Disponível em: <https://www.doi: 10.21037/apm.2018.04.01>
- Horsfall D. (2018). Developing compassionate communities in Australia through collective caregiving: a qualitative study exploring network-centred care and the role of end of life sector. Ann Palliat Med; 7 (Suppl 2):S42-S51. Disponível em: <https://www.doi: 10.21037/apm.2018.03.14>
- Imperatori E & Giraldes M.R. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª edição. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.
- INE (2012). Censos 2011 – Resultados Pré-definitivos. Momento Censitário – 21 de março 2011. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2
- Laverack G. (2008). Promoção de Saúde – Poder e Empoderamento. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-09-3
- Loureiro I & Miranda N. (2010). Promover a Saúde: dos Fundamentos à Acção. Coimbra: Edições Almedina. ISBN 978-972-40-4399-9
- Melo P. (2017). MAIEC – Manual do Utilizador. Porto. Edição de Autor. ISBN: 978-989-97154-1-7

- Melo P & Figueiredo MH. (2016). As intervenções de Enfermagem e o empoderamento comunitário: um estudo com Focus Group. 10 International Seminar on Nursing Research Proceedings. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. Porto. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/27214>
- Melo P, Silva RC & Figueiredo MH. (2018). Os focos de atenção em enfermagem e o empoderamento comunitário- Um estudo qualitativo. Revista de Enfermagem Referência. Série IV - n.º 19 - out./nov./dez: 81 – 90
- Melo P, Teixeira A, Fernandes C, Ferreira LV, Santos S, Sousa, I, Pereira A, Ferreira A, Maciel C, Pinto D, Pinto C, Sousa S, Cardoso T, Freitas CT & Dimande M. (2020). Tradução para Português e validação cultural da Empowement Assessment Rating Scale. Revista Rol Enfermeria. 43(1): 441-446
- Mendes KDA, Silveira RCCP & Galvão CM. (2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. Revista Texto & Contexto – Enfermagem; 17(4); out-dez: 758-764
- Observatório Português de Cuidados Paliativos. (2017). Perfis Regionais de Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://www.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=9ca34025ed2e4f23abb9cb9098985320>
- Observatório Português de Cuidados Paliativos. (2019). Relatório de Outono de 2019: Cobertura e Caracterização das Equipas e Profissionais das Equipas de Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/4181/file>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE® Versão 2015 – Classificação internacional para a Prática de Enfermagem. Edição Portuguesa. Lusodidacta. ISBN 978-989-8444-35-6
- Organização Mundial de Saúde. (1978.) Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Cazaquistão: URSS. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>

- Organização Mundial de Saúde. (1986). Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Otava, Canadá. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Ottawa.pdf>
- Papastavrou E & Panayiota A. (2012). Exploring sensitive nursing issues through focus group approaches. *Health Science Journal*; 6 (2): 186-200
- Pesut B, Duggleby W, Warner G, Fassbender K, Antifeau E, Hooper B, Greig M & Sullivan K. (2017). Volunteer navigation partnerships: Piloting a compassionate community approach to early palliative care. *BMC Palliative Care*; 17 (2). Disponível em: <https://www.doi.org/10.1186/s12904-017-0210-3>
- Pineault R. (2016). Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão. (1ª Ed.). Brasília: LEIASS. ISBN 978-85-8071-037-3
- Pocinho M. (2012). Metodologias de investigação e conhecimento científico. Lisboa: Lidel Edições Técnicas
- Pordata. (2018). Base de Dados Portugal Contemporâneo. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municípios>
- Pordata. (2019). Retrato de Portugal na Europa Edição 2019. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa. ISBN: 978-989-8943-80-4
- Prada AR, Gómez JC, Daveloza AK & Benjumea AZ. (2017). Comunidades compassivas en cuidados paliativos: revisión de experiencias internacionales y descripción de una iniciativa en Medellín, Colombia. *Psicooncología*; 14 (2-3): 325-342. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.57089>;
- Sallnow L, Richardson H, Murray SA & Kellehear A. (2016). The impact of a new public health approach to end-of-life care: a systematic review. *Palliative Medicine*; 30 (3): 200–201. Disponível em: <https://www.doi.org/10.1177/0269216315599869>
- Silva AP. (2007). “Enfermagem Avançada”: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Revista Servir*. 55 (1-2) – jan-abr: 11-20

- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª ed.). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-29-1
- Tavares A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde: Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa: Cadernos de Formação nº2.
- Tompkins B. (2018). *Compassionate Communities in Canada: it is everyone's responsibility*. Ann Palliate Med; 7 (Suppl 2): S118-S129; Disponível em: <http://doi:10.21037/apm.2018.03.16>
- Vieira M. (2017). *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência*. (3ª Ed.) Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN 9789725405659
- Wegleitner K & Schuchter P. (2018). *Caring communities as collective learning process: findings and lessons learned from a participatory research project in Austria*. Ann Palliate Med; 7 (Suppl 2): S84-S98; Disponível em: <http://doi:10.21037/apm.2018.03.05>
- Whittemore R. & Knafl K. (2005). *The integrative review: Updated methodology*. Journal of Advanced Nursing, 52(5), 546-553.
- WHO (2011). Global Health and Aging. Disponível em https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf

LEGISLAÇÃO

- Diário da República Portuguesa. Decreto-Lei nº 28/2008 – *Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde*. Série I; N.º 38; 22 de fevereiro de 2008.1182-1189
- Diário da República Portuguesa. Decreto-Lei nº 101/2006 – *Rede Nacional de Cuidados Integrados*. Série I; N.º 109; 6 de junho de 2006.3856-3865
- Diário da República Portuguesa. Decreto-Lei nº 65/2018 – *Graus académicos e diplomas do ensino superior*. Série I; N.º 157; 16 de agosto de 2018. 4147-4182

Diário da República Portuguesa. Despacho nº 372/2019 – *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2019/2020*. Série II; N.º 66; 3 de abril de 2019. 10570-10575

Diário da República Portuguesa. *Lei Constitucional nº1/2005*. Sétima revisão constitucional. Série I; N.º 155; 12 de agosto de 2005. 4642-4686

Diário da República Portuguesa. Lei nº 52/2012 - *Lei de Bases dos Cuidados Paliativos*. Série I; N.º 172; 5 de setembro de 2012. 5119-5124

Diário da República Portuguesa. Lei nº 156/2015 - *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Série I; N.º 181; 16 de setembro de 2015. 8059-8105

Diário da República Portuguesa. *Portaria n.º 38/2013*. Série I; N.º 21; 30 de janeiro de 2013. 605-608

Diário da República Portuguesa. Regulamento nº 348/2015 – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde pública*. Série II; N.º 118; 19 de junho de 2015. 16481-16486

Diário da República Portuguesa. Regulamento nº 428/2018 - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Série II; N.º 135; 16 de julho de 2018. 19354-19359

Diário da República Portuguesa. Regulamento nº 140/2019 - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Série II; N.º 26; 6 de fevereiro de 2019. 4744-4750

DOCUMENTOS NÃO PUBLICADOS

Universidade Católica Portuguesa. (2017). *Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Regulamento Geral*. Instituto de Ciências da Saúde, Regulamento Geral 2012, alterado em 2017

Universidade Católica Portuguesa. *Enfermagem Competência e Responsabilidade no Cuidado Humano. Mestrado em Enfermagem Lisboa/Porto*. 2018/2019

Universidade Católica Portuguesa. (2019). *Guia da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”*. Mestrado em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Estágio



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária:
Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública
UC Estágio Final e Relatório

PROJETO DE ESTÁGIO

***Comunidade Compassiva: Uma Estratégia Empoderadora da
Promoção da Saúde***

Prof.ª Orientadora:
Prof.ª Doutora Amélia Simões Figueiredo

Mestranda:
Sara Fialho

Setembro 2019

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	3
2	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	5
3.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	6
4.	AVALIAÇÃO DAS NECESIDADES	11
5.	OBJECTIVOS.....	13
	5.1. OBJETIVOS GERAIS	13
	5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
6.	CRONOGRAMA	16
7.	AVALIAÇÃO	17
8.	CONCLUSÃO	18
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

1. INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa. Apresenta como finalidade descrever o projeto individual de estágio no contexto da Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório.

Sendo este um Mestrado de Natureza Profissional, a prática clínica desenvolvida em Estágio assume-se como uma componente importante na aquisição de competências específicas nesta área de especialização. Decidiu-se, aproveitando esta oportunidade, investir na área dos Cuidados de Enfermagem na Comunidade no âmbito dos Cuidados Paliativos, nomeadamente na promoção para uma cultura de Comunidade Compassiva junto dos parceiros comunitários. Resultou assim de um desafio da Sr.^a Enf.^a Orientadora, por haver interesse neste assunto e pouco conhecimento na área. Investir nos parceiros de cuidados é investir na saúde de uma comunidade.

Este projeto será enquadrado num contexto de intervenção comunitária, como potenciadora da capacitação comunitária, alicerçada quer na responsabilidade social quer em parcerias empoderadoras (Melo, Silva & Figueiredo 2018). O seu planeamento e desenvolvimento foram suportados pelo Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) assumindo uma abordagem à Comunidade enquanto unidade dos Cuidados de Enfermagem.

A implementação deste projeto decorrerá durante a realização do Estágio Final, compreendido entre o período de 9 de setembro a 18 de dezembro de 2019 numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Como metodologia irá ser desenvolvido segundo o processo de Planeamento em Saúde, sob a tutoria da Professora Doutora Amélia Simões Figueiredo e sob orientação da Sr.^a Enf.^a Orientadora, mestre e especialista em Enfermagem Comunitária.

A comunidade é por excelência o local de eleição para a intervenção comunitária. A UCC detém um papel preponderante prestando cuidados de saúde de proximidade na Comunidade onde o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEESCSP) tem uma ação determinante no *“no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania. Deste modo, intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde*

eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas...”. (Regulamento nº 428/2018, p.19356). Tendo em conta a temática do projeto, este será desenvolvido na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da UCC, que presta cuidados domiciliários em pessoas com dependência funcional, em processo de convalescença, ou com necessidades em cuidados paliativos.

Este projeto é composto por uma pequena caracterização do local de estágio e de um breve enquadramento teórico, bem como de um plano de ação onde se descrevem os objetivos, atividades a desenvolver e indicadores de avaliação definidos num período temporal ilustrado num cronograma.

2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A UCC é uma Unidade Funcional do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), que desenvolve a sua atividade no âmbito comunitário, com uma equipa multiprofissional e em estrita articulação com as demais equipas funcionais do ACES.

A área de intervenção da UCC abrange toda a população residente no concelho, perfazendo um total de 169.070 habitantes (INE, estimativas 2018), representando 4,6 % da população da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

A missão da UCC é prestar cuidados de saúde e de apoio psicológico e social assegurando:

- ✓ Atividades que visam o bem-estar e o desenvolvimento da comunidade, integrando e articulando com as instituições parceiras da comunidade (onde se insere a intervenção comunitária apresentada neste projeto);
- ✓ Atividades no âmbito da proteção e promoção de saúde da comunidade, com incidência prioritária na prestação de cuidados a grupos populacionais vulneráveis;
- ✓ Intervenções dirigidas ao indivíduo/família, especialmente a pessoas com marcada dependência física e funcional e/ou com doenças que requeiram acompanhamento mais próximo e regular, em particular no domicílio.

A equipa multidisciplinar é constituída maioritariamente por enfermeiros, em que todos os profissionais da Equipa são responsáveis pela concretização dos objetivos da UCC e pelo trabalho em equipa, entre eles: 16 enfermeiros, 1 técnica de serviço social, 1 assistente operacional 1 assistente técnico.

Os programas e projetos da UCC são os seguintes: Saúde da Mulher/Materna – Curso Preparação para o Parto e Parentalidade; ECCI; Reabilitação e Saúde Escolar.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As últimas décadas foram marcadas, na área da saúde, por um avanço técnico-científico, que a par da melhoria das condições de vida, se traduziu numa diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e no aumento da esperança média de vida. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a população idosa mundial está a envelhecer a cada momento, estando as pessoas com 80 anos ou mais a crescer exponencialmente (WHO, 2011). O envelhecimento da população na Europa e em Portugal aumentou na última década. Segundo a OMS, entre 2010 e 2050 o número de pessoas com mais de 65 anos de idade irá duplicar, e o número de pessoas com mais de 85 anos de idade deverá aumentar de 14 para 19 milhões em 2020 e para 40 milhões em 2050. (WHO, 2011).

Em Portugal, de acordo com os dados recolhidos pelo Censos 2011, existem cerca de 2 milhões de pessoas com idade superior a 65 anos, ou seja, cerca de 19% da população portuguesa é idosa, tendo crescido na última década (INE, 2012). As doenças crónicas, incapacitantes e as doenças oncológicas tornaram-se, pelos motivos expostos, mais frequentes, assumindo por isso uma expressão francamente mais significativa nas populações. O desconforto, as exigências e tarefas que acompanham o doente e a respetiva família tornaram-se, paralela e concomitantemente maiores (Direção Geral da Saúde, 2010). O aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população, não têm implicado ou garantido, todavia, uma vivência com maior qualidade ou sensação de bem-estar.

A promoção de políticas de intervenção faz parte dos objetivos da OMS com intuito de obter ganhos em saúde. Assim, as políticas desenvolvidas tanto a nível mundial como nacional, face ao rápido envelhecimento da população, tornaram-se a chave para prevenir grande parte dos efeitos negativos das doenças crónicas, invalidez e perda de bem-estar. A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), de acordo com o Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho, procura dar resposta às carências de cuidados, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, do aumento de pessoas idosas com dependência funcional e de doentes com patologia crónica. Esta rede é constituída por equipas e unidades de saúde, de apoio social e de cuidados paliativos, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços locais e distritais de segurança social, a rede de solidariedade (como as Instituições Particulares de Segurança Social e as Misericórdias) e as autarquias locais.

Uma das tipologias da RNCCI é a ECCI, sendo na sua essência uma equipa multidisciplinar que visa a prestação de cuidados *“a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma”* (Decreto-Lei nº 101/2006, p.3862). Inerente a esta definição, conclui-se que esta equipa presta cuidados ao doente com necessidades paliativas em contexto domiciliário. A prestação de cuidados paliativos assenta nos cuidados globais e humanizados que visam oferecer a máxima qualidade de vida possível de acordo com as preferências e necessidades do indivíduo com doença avançada. Impõe-se deste modo a necessidade emergente de cuidados paliativos, que segundo a OMS são *“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes, e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio ao luto”* (DGS 2005, p.8).

Contemplado no Plano Nacional de Saúde (PNS) – Revisão e Extensão a 2020, o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) reconhece os Cuidados Paliativos como elemento essencial dos cuidados de saúde, sendo uma necessidade em saúde pública e um imperativo ético que defende e promove os direitos humanos fundamentais e como uma obrigação social (DGS 2005). Torna-se assim emergente uma visão multidisciplinar e multisectorial de atuação integrada, procurando complementar as ações desenvolvidas pelos diversos sectores, cuja ação influencia a melhoria da qualidade de vida dos doentes e suas famílias. Tal como referenciado no PNCP um dos princípios da prática dos cuidados paliativos assenta no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico. Uma das estratégias de intervenção deste Programa relaciona-se com a prestação de cuidados domiciliários a pessoas em estado avançado de doença ou em situação de fim de vida.

É em contexto comunitário que se desenvolvem muitas estratégias de promoção de saúde, como também na gestão da situação de doença crónica ou terminal, onde o fundamental são os cuidados centrados na pessoa e nos seus cuidadores de forma a encorajar a sua autodeterminação e independência. A Enfermagem Comunitária constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados de Promoção da Saúde à pessoa, à família e comunidade. Deste modo, a Promoção da Saúde, concetualizada como um processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua

saúde e sobre os seus determinantes comportamentais, psicossociais e ambientais, é o alicerce da estrutura dos cuidados da Enfermagem Comunitária (Stanhope & Lancaster, 2011).

A 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Ottawa, 1986) considera a saúde como um conceito positivo, evidencia os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas e considera a promoção da saúde, um processo que visa, aumentar a capacidade dos indivíduos/comunidades para controlarem a sua saúde, com o objetivo de a melhorar sendo a saúde um direito humano fundamental. Identificou cinco áreas de ação para a promoção da saúde: estabelecer políticas públicas saudáveis; criar ambientes favoráveis à saúde; desenvolver as competências pessoais; reforçar a ação comunitária; reorientar os serviços de saúde.

A Promoção da Saúde assenta numa responsabilidade do sector da saúde, bem como dos sectores social, político, económico e ambiental. Das muitas áreas de intervenção em cuidados de saúde, é importante despertar as mentalidades da comunidade, principalmente dos cuidadores que apoiam doentes em estado avançado de doença ou em fim de vida no domicílio. Sendo este, o local de eleição para a prestação de cuidados à pessoa dependente, acresce uma responsabilização das famílias na prestação de cuidados, sendo indispensável a intervenção do enfermeiro na capacitação de cuidadores para apoio às famílias.

O PNS - Revisão e Extensão a 2020 no seu eixo estratégico Cidadania em Saúde propõe, a *“A promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende”* (DGS 2015, p.14). O conceito de Cidadania em Saúde exige uma ação coordenada entre os diversos parceiros, apresentando como principal objetivo colocar a saúde como prioridade na implementação de políticas, e a sua promoção como uma responsabilidade major da sociedade civil, ou seja, de todos nós.

É nesta linha de pensamento que surge o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2019/2020, que visa garantir o acesso a cuidados paliativos de qualidade a todos os cidadãos. Impõe-se, por isso, uma articulação estreita com os Cuidados de Saúde Primários, os Cuidados de Saúde Hospitalares, a RNCCI, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e outros cuidadores formais, *“mas também o envolvimento da população em geral, através de redes de suporte interna e externa do doente (familiares, amigos, vizinhos e outros possíveis cuidadores*

voluntários)” (Despacho nº 372/2019, p.10570-71). Define como uma das estratégias de suporte social, de apoio à família e de importância da comunidade, “*promover a cidadania, através de práticas do tipo «cidades compassivas» e outros programas de responsabilidade social*” (p.10573). Neste âmbito, o presente projeto pretende promover uma cultura de Comunidade Compassiva junto dos parceiros comunitários, contribuindo para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

De igual forma, também o Plano Local de Saúde 2017-2020 do ACES define como uma das suas áreas prioritárias de intervenção a “*Cidadania em Saúde*”. Identifica como um dos fatores determinantes desta área a “*participação comunitária*”. É neste âmbito que se enquadra a pertinência do presente projeto, visto que se pretende contribuir para a promoção da saúde junto dos parceiros comunitários. Torna-se assim emergente o envolvimento da comunidade na identificação das suas necessidades em saúde, centrando-se as estratégias de intervenção no empoderamento comunitário, através da potencialização das forças, recursos e competências da comunidade (Melo, Silva & Figueiredo 2018).

As cidades/comunidades compassivas são uma possível resposta ao desafio colocado a uma sociedade em envelhecimento. Segundo Aoun *et al* (2016) a abordagem de saúde pública traz à comunidade os conceitos de prevenção, diminuição da morbilidade e da intervenção precoce aos cuidados paliativos, sendo fundamental uma consciência pública das necessidades sociais inerentes a estas situações de vulnerabilidade. Sendo os principais métodos de intervenção a educação pública, o desenvolvimento comunitário, a promoção da saúde e a participação comunitária.

Uma comunidade compassiva é a que procura identificar o sofrimento e as situações de adversidade das pessoas com doenças avançadas e em fim de vida. Por outras palavras, é uma comunidade que sente empatia com este sofrimento, se capacita para verificar os possíveis recursos que lhe deem resposta, e se mobiliza para aliviá-lo. Com isto, pretende-se que a comunidade em rede consiga de forma autónoma solucionar os problemas/necessidades destes membros que vivem nesta condição vulnerável. Neste âmbito, o EEESCSP fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades da comunidade, proporcionando efetivos ganhos em saúde.

De acordo com Prada *et al* (2017), a origem das comunidades compassivas advém da proposta de cidades saudáveis adotada pela OMS, que permeou a saúde pública e os cuidados paliativos para a promoção da responsabilidade do cidadão pelo cuidado dos

seus doentes e a criação de redes de apoio. O grande objetivo destas comunidades no mundo consiste em melhorar a qualidade de vida das pessoas com doença avançada, mediante o empoderamento social e a satisfação das necessidades de cuidados. Torna-se assim, uma estratégia útil para capacitar as comunidades nos cuidados e servir como complemento eficaz em cuidados paliativos, mediante a criação de uma cultura baseada na compaixão complementando ao mesmo tempo a abordagem holística que os cuidados paliativos procuram a nível comunitário. Aproximando os profissionais de saúde dos doentes e seus familiares com situações de vulnerabilidade acrescida como é o caso de doenças crónicas, em situação de dependência e doentes paliativos.

De acordo com a revisão da literatura realizada, alguns autores consideram evidente a necessidade de aumentar as parcerias, entre cuidadores formais e informais, numa atuação concertada que se constituem em efetivos ganhos em saúde, sendo fundamental a envolvimento de parceiros locais. As comunidades compassivas promovem a ideia de que a saúde é responsabilidade de todos, não só dos serviços de saúde, sendo uma ferramenta fundamental para trazer alguns dos conceitos de cuidado para o ambiente comunitário.

A evidência comprovada nos artigos analisados demonstra que houve diminuição do isolamento social e da sobrecarga do cuidador informal e formal, onde a prática de Comunidades Compassivas é uma realidade. Estas ajudam os doentes, famílias e cuidadores através de apoio na realização de tarefas de vida diárias, de programas de suporte psicológico e social, de cuidados básicos e em fim de vida, de acompanhamento e escuta, de promoção de tolerância e de diminuição do estigma inerente à doença (Prada *et al* 2017). A sua missão é desenvolver e estender os cuidados paliativos como prioridade da sociedade, visto que todos necessitamos deles e todos vamos morrer.

Desenvolver a capacidade da comunidade no apoio à morte, no morrer e na perda é um importante problema de saúde pública nos cuidados paliativos. Em termos de Promoção da Saúde, o apoio às pessoas que sofrem, é uma responsabilidade de todos nós.

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES

Tendo em conta a determinação e caracterização das necessidades em saúde, com vista à elaboração do diagnóstico da situação, procedeu-se a uma reunião formal com a Sra. Enf.^a Gestora da UCC e com a Sr.^a Enf.^a Orientadora, para que o projeto fosse ao encontro do Plano de Ação da UCC. De entre os problemas identificados nesta reunião, constatou-se que existe uma percentagem significativa de doentes acompanhados pela ECCI com necessidades paliativas. Durante o ano de 2018 esta Equipa acompanhou um total de 149 utentes, dos quais 113 necessitaram desta tipologia de cuidados.

A RNCCI inclui, em termos de respostas domiciliárias, dois tipos de equipas: as ECCI e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). As primeiras, tal como descrito no enquadramento teórico, prestam cuidados a pessoas em situação de dependência funcional ou em processo de convalescença, enquanto as outras equipas prestam apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos, tendo como principal função o apoio à família, consultadoria técnica, formação de outros técnicos e prestação direta de cuidados. O facto de não existir nenhuma ECSCP no ACES implica que seja a ECCI a assegurar a prestação de cuidados domiciliários, no âmbito dos cuidados paliativos. Após análise e reflexão considerou-se inequívoca a necessidade de elaborar um projeto de intervenção comunitária neste âmbito, tendo a Comunidade como unidade de intervenção. Surgiu assim a temática das Comunidades Compassivas, sendo o propósito deste projeto o início da “semente” da promoção de uma cultura de compaixão junto dos parceiros comunitários.

Como parceiros foram identificadas as Instituições de cariz de Solidariedade Social, que prestam apoio a utentes acompanhados pela ECCI. Um dos motivos relaciona-se com o compromisso de missão de responsabilização social que estas Instituições assumem para com os seus utentes, nomeadamente no Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), proporcionando uma melhor qualidade de vida aos utentes e suas famílias. Pela complexidade de cuidados, cada vez maior, à qual assistimos diariamente no cuidado ao doente com necessidades paliativas, muitas vezes em grande sofrimento, com doença avançada e em situação de fim de vida, emerge uma articulação cada vez maior e mais eficiente entre o setor da saúde e a área social. O papel dos cuidadores formais do SAD, junto a estes doentes, é considerado de extrema importância. Com a implementação deste projeto, pretende-se sensibilizar estes cuidadores para a temática dos cuidados paliativos,

dor, sofrimento e compaixão, contribuindo para a promoção de uma cultura de Comunidade Compassiva.

Para o diagnóstico de situação será utilizada uma metodologia de cariz qualitativo, através da técnica *focus group*, com o objetivo de identificar as necessidades, sentimentos e dificuldades sentidas por estes cuidadores formais no cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida. Outra metodologia a adotar será a observação participante dos cuidados que estes cuidadores prestam, durante as visitas domiciliárias da ECCL. Posteriormente o tratamento dos dados recolhidos será realizado através da técnica análise de conteúdo.




5. OBJETIVOS


5.1. OBJETIVOS GERAIS

- ✚ Desenvolver competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública integrando a equipa multidisciplinar da UCC;
- ✚ Contribuir para a promoção de uma cultura de Comunidade Compassiva junto dos parceiros comunitários, tendo como foco os cuidadores formais do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) que prestam cuidados a pessoas em estado avançado de doença ou em situação de fim de vida.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo Específico	Atividades a desenvolver
✚ Colaborar na prestação de Cuidados de Enfermagem prestados pela ECCI no período de 9 de setembro a 18 de dezembro de 2019	<ul style="list-style-type: none">✓ Prestação de cuidados de Enfermagem aos utentes/famílias integrados na ECCI, no contexto domiciliário;✓ Discussão e reflexão com a Enf.^a Orientadora de problemas de especial complexidade e com necessidade de intervenção especializada;✓ Participação nas reuniões da Equipa de Enfermagem da ECCI para discussão dos Processos de Enfermagem dos utentes integrados na equipa.
Objetivo Específico	Atividades a desenvolver
✚ Identificar a área de atuação para a implementação de um projeto de intervenção comunitária no período de 9 a 22 de setembro de 2019	<ul style="list-style-type: none">✓ Reunião com a Sr.^a Enf.^a Gestora e Enf.^a Orientadora para partilha de ideias e definição da temática;✓ Consulta do Plano de Ação da UCC;✓ Conhecer os projetos/áreas de intervenção da UCC;

	✓ Realização de Revisão da Literatura e Pesquisa Bibliográfica sobre a temática identificada.
Objetivo Específico	Atividades a desenvolver
 Elaborar diagnóstico de situação das necessidades, sentimentos e dificuldades sentidas pelos cuidadores formais do SAD que prestam cuidados à pessoa em estado de doença avançada ou em situação de fim de vida, em contexto domiciliário, no período de 9 de setembro a 20 de outubro de 2019	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reunião com Enf.^a Orientadora para definição da problemática do diagnóstico de situação; ✓ Reunião com parceiros comunitários para identificação das necessidades sentidas; ✓ Identificação da comunidade e sub-comunidade para intervenção ✓ Identificação da metodologia a aplicar; ✓ Recolha de dados através da técnica de <i>focus group</i>; ✓ Apresentação do projeto à equipa multidisciplinar da UCC.
Objetivo Específico	Atividades a desenvolver
 Formular diagnósticos de Enfermagem Comunitária através da aplicação do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), no período de 21 de outubro a 17 de novembro de 2019	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tratamento e análise dos dados obtidos no diagnóstico de situação; ✓ Identificação das prioridades de intervenção, através da aplicação de um método de priorização presente na metodologia do Planeamento em Saúde; ✓ Seleção de estratégias de intervenção.
Objetivo Específico	Atividades a desenvolver
 Sensibilizar os parceiros comunitários para uma cultura de Comunidade Compassiva, no período de 11 de novembro a 18 de	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolvimento de parcerias com os parceiros comunitários adequadas à temática do projeto de estágio; ✓ Realização de ações de sensibilização junto dos parceiros que visem a promoção

dezembro de 2019	de uma cultura de Comunidade Compassiva
Objetivo Específico	Atividades a desenvolver
 Desenvolver capacidade de reflexão e análise crítica da prática de cuidados especializados no período de 9 de setembro a 18 de dezembro de 2019	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboração do Relatório de Estágio; ✓ Discussão e reflexão com a Enf.^a Orientadora de problemas de especial complexidade e com necessidade de intervenção especializada.

6. CRONOGRAMA

Ano		2019																		2020				
Meses		setembro				outubro				novembro				dezembro				janeiro				fevereiro		
ETAPAS DO PLANEAMENTO DA SAÚDE	Dias	9 15	16 22	23 29	30 6	7 13	14 20	21 27	28 3	4 10	11 17	18 24	25 1	2 8	9 15	16 22	23 29	30 5	6 12	13 19	20 26	27 2	3 8	
	Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			16	17	18	19	20	
Diagnóstico de Situação																								
Definição de Prioridades																								
Fixação de Objetivos																								
Seleção de Estratégias																								
Preparação da Execução																								
Avaliação																								
	Revisão Literatura																							
	Pesquisa Bibliográfica																							
	Redação Relatório																							
	Entrega Relatório																							

7. AVALIAÇÃO

A avaliação constitui a etapa final do projeto. De acordo com Imperatori & Giraldes, este processo leva a *“precisar simultaneamente o objetivo e o objeto da avaliação: determinar o valor de uma intervenção naquilo que nos conduz a uma decisão. Assim, os progressos alcançados com as atividades, serão comparados simultaneamente com a situação inicial e com os objetivos e metas marcadas”* (1982, p.127).

A fase de avaliação do projeto compreende a avaliação das atividades desenvolvidas e dos objetivos específicos, deste modo serão definidos posteriormente os respectivos indicadores de resultado e de processo.

8. CONCLUSÃO

Com a elaboração deste projeto pretende-se que todos os objetivos sejam cumpridos e que contribuam para o desenvolvimento de Competências Específicas do EEESCSP. O planeamento realizado neste projeto pode sofrer alterações tendo em conta os fatores que condicionam o desenvolvimento do mesmo (Imperatori & Giraldes, 1982).

Segundo Stanhope e Lancaster (2011), a utilização do processo de enfermagem tendo em conta a comunidade como cliente, permite o envolvimento direto da comunidade com o início do contrato ou parceria com esta, que incluem a apreciação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação. Cabe assim ao EEESCSP investir no Empoderamento Comunitário centrando esforços nas capacidades e potencialidades da comunidade, reduzindo custos em saúde.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o enfermeiro especialista face à promoção da saúde de uma comunidade, *“promove a responsabilidade social para com a saúde, tanto na definição de políticas como na definição e implementação de práticas”* (Regulamento nº 348/2015, p.16483). Este profissional demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão na identificação e controlo dos determinantes sociais e da saúde das comunidades, tal como se pretende com a implementação deste projeto. Torna-se assim emergente a implementação de parcerias com instituições da comunidade e com a rede social em projetos de intervenção comunitária dirigida a estes grupos com maior vulnerabilidade, com vista à obtenção de ganhos em saúde. A sociedade deverá assim assumir o seu papel fundamental na Promoção da Saúde das suas comunidades, fazendo emergir o conceito de Cidadania em Saúde.

Pretende-se assim com a implementação deste projeto contribuir para a promoção de uma cultura de Comunidade Compassiva junto dos parceiros comunitários, pois tal como referenciado no enquadramento teórico consiste numa estratégia de melhoria da qualidade de vida de pessoas e suas famílias com doença avançada, traduzindo-se em ganhos de saúde

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aoun SM, Breen LJ, White I, Rumbold B & Kellehear A (2018). *What sources of bereavement support are perceived helpful by bereaved people and why? Empirical evidence for the compassionate communities approach*. Palliative Medicine Vol. 32 (8): 1378-1388;

DGS (2010) . *Estratégias para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Rede Nacional de Cuidados Integrados 2011-2013. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

DGS (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Disponível em: www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx

DGS (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>

DGS (2017). *Plano Local de Saúde: ACES Almada e Seixal 2017-2020*. Almada: USP. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/planos-locais-de-saude/>

Diário da República Portuguesa. Decreto-Lei nº 101/2006 – *Rede Nacional de Cuidados Integrados*. Série I; N.º 109; 6 de junho de 2006.3856-3865;

Diário da República Portuguesa. Regulamento nº 348/2015 – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde pública*. Série II; N.º 118; 19 de junho de 2015. 16481-16486;

Diário da República Portuguesa. Regulamento nº 428/2018 - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Série II; N.º 135; 16 de julho de 2018. 19354-19359;

Diário da República Portuguesa. Despacho nº 372/2019 – *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biênio 2019/2020*. Série II; N.º 66; 3 de abril de 2019.10570-10575;

Imperatori, E. e Giraldes, M.R. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Publica. Obras Avulsas.

INE (2012). *Censos 2011 – Resultados Pré-definitivos. Momento Censitário* – 21 de março 2011. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2;

Melo P, Silva RC & Figueiredo MH (2018). *Os focos de atenção em enfermagem e o empoderamento comunitário- Um estudo qualitativo*. Revista de Enfermagem Referência. Série IV - n.º 19 - out./nov./dez: 81 – 90;

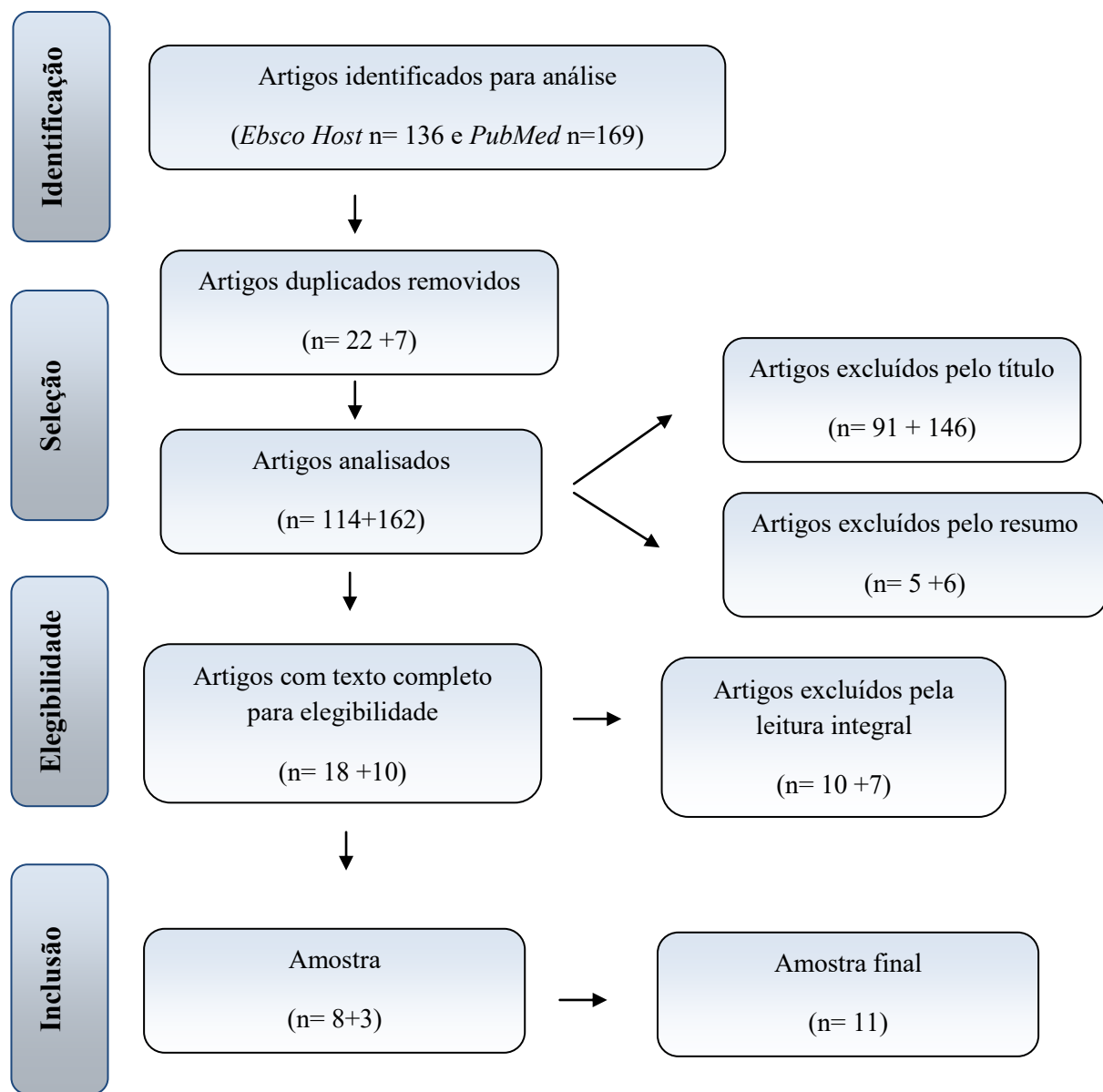
Organização Mundial de Saúde. (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Otava, Canadá. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Ottawa.pdf>

Prada AR, Gómez JC, Daveloza AK & Benjumea AZ (2017). *Comunidades compassivas en cuidados paliativos: revisión de experiencias internacionales y descripción de una iniciativa en Medellín, Colombia*. Revista Psicooncología; 14 (2-3): 325-342; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.57089>;

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª ed.). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-29-1;

WHO (2011) *Global Health and Aging*. Disponível em: https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf.

APÊNDICE II – Fluxograma PRISMA



APÊNDICE III- Tabela de Extração de Resultados da RIL

Autor(es)	País/Tipo de estudo	Título/Objetivos	Resultados /Conclusões
<p>Georg Bollig; Frans Brandt; Marius Ciurlionis & Boris Knopf</p> <p>(2019)</p>	<p>Dinamarca e Alemanha</p> <p>Revisão Integrativa da Literatura</p>	<p><i>Last Aid Course. An Education for All Citizens and an Ingredient of Compassionate Communities.</i></p> <p>Identificar os resultados obtidos sobre educação em cuidados paliativos para cidadãos relacionados com o “<i>Last Aid Course</i>”.</p>	<p>O “Last Aid Course” consiste num conceito relativamente novo para ensinar o público em geral sobre cuidados paliativos. As principais conclusões da revisão de literatura e as experiências com a implementação deste curso são: que a participação dos cidadãos é importante para melhorar os cuidados paliativos em casa devido à falta de recursos especializados em cuidados paliativos neste contexto e que o público em geral carece de informações sobre cuidados paliativos e cuidados de fim de vida. Este curso é importante como iniciativa educacional para o público, podendo fortalecer a capacidade de auto-ajuda dos cidadãos e levar ao empoderamento da comunidade local para enfrentar o processo de morte. É composto por 4 módulos de 45 minutos cada tendo como temas principais: morte como processo natural da vida, planeamento em saúde, alívio do sofrimento e a despedida final. Tem um enorme potencial para divulgar informações sobre cuidados paliativos por todo o público e pode melhorar a discussão pública sobre o fim de vida.</p>
<p>Bonnie Tompkins</p> <p>(2018)</p>	<p>Canadá</p> <p>Estudo descritivo</p>	<p><i>Compassionate Communities in Canada: it is everyone’s responsibility</i></p> <p>Apresentar o desenvolvimento histórico da abordagem de saúde pública nos cuidados de fim de vida no Canadá.</p>	<p>Na abordagem dos cuidados paliativos, os profissionais de saúde, os cuidadores e membros da comunidade precisam de ser incluídos num <i>continuum</i> de cuidados. O envolvimento dos membros da comunidade ajuda a criar um efeito abrangente de melhoria de apoio ao doente e a família que lidam com um diagnóstico de doença incurável ou terminal (o que também inclui: situações de vulnerabilidade, envelhecimento, demência, luto, morte na infância e de dependência a longo prazo). Concentra-se no processo de cuidar, de morrer, de morte e de luto, desempenhando desta forma um papel fundamental no apoio à jornada da morte.</p>

Autor (es)	País/Tipo de estudo	Título/Objetivos	Resultados /Conclusões
Debbie Horsfall (2018)	Austrália Estudo observacional e prospectivo	<p><i>Developing compassionate communities in Australia through collective caregiving: a qualitative study exploring network-centred care and the role of end of life sector</i></p> <p>Compreender as experiências de pessoas que cuidaram de pessoas em situação de fim de vida, no domicílio e perceber como as diferentes redes de apoio formal e informal se articulam.</p>	<p>O estudo decorreu durante um período de 6 anos envolvendo 301 participantes, através da realização de entrevistas e <i>focus group</i> com cuidadores, redes de apoio, membros da comunidade e prestadores de serviços. Os principais problemas e desafios verbalizados pelos cuidadores foram: acesso à informação, ansiedade, o impacto emocional e as exigências físicas inerentes ao papel de cuidar.</p> <p>A operacionalização de abordagens de saúde pública para os cuidados paliativos requer a mudança para um modelo centrado na rede de apoio, que inclua os cuidadores formais e informais. Os serviços precisam ser reorientados para colocar as redes de apoio como centrais no processo de cuidar. Isto pode ser alcançado com a criação e manutenção de redes que permitam que os cuidadores formais trabalhem com redes informais como parceiros.</p>
Xavier G. Batiste et al (2018)	Espanha Estudo observacional prospectivo	<p><i>Compassionate communities: design and preliminary results of the experience of Vic (Barcelona, Spain) caring city</i></p> <p>Descrever os princípios, objetivos, fases, atividades iniciais e resultados preliminares do projeto “Vic, Cidade Cuidadora) no contexto do programa Comunidade Compassiva, cujo <i>slogan</i> é “Viver com significado, dignidade e apoiando o fim de vida”.</p>	<p>O principal objetivo deste projeto consiste em promover mudanças nas atitudes sociais e culturais em relação ao fim de vida e fornecer atendimento integrado a pessoas com doenças crónicas e com necessidades sociais. Durante 2 anos foram realizadas 19 atividades (culturais e informativas através da realização de cursos e <i>workshops</i> sobre a temática) e foram acompanhados 1260 participantes. Após um ano foi realizada uma avaliação quantitativa e qualitativa, demonstrando alta participação e satisfação dos participantes e respetivas organizações (religiosas, escolares e parceiros comunitários). De forma a alcançar atitudes e ações sociais positivas face ao fim da vida, torna-se necessária uma forte liderança e participação conjunta na comunidade como expansão de um sistema abrangente e integrado de cuidados paliativos.</p>

Autor(es)	País/Tipo de estudo	Título/Objetivos	Resultados /Conclusões
<p>Silvia Flores; Emilio Molina; Jaime Boceta Osuna; Rafael Mota Vargas & María Nabal Vicuña</p> <p>(2018)</p>	<p>Espanha</p> <p>Estudo Transversal</p>	<p><i>All with You: a new method for developing compassionate communities-experiences in Spain and Latin-America</i></p> <p>Descrever várias experiências da aplicação do método em diferentes cidades e contextos.</p>	<p>“All with You” é um método que inclui oito fases que permite que as organizações sejam guiadas no desenvolvimento de comunidades compassivas em direção a um processo de certificação que é avaliado através de uma série de indicadores de estrutura, processo e resultado. As principais ações deste método são baseadas na conscientização social, capacitação e implementação de redes de cuidar, utilizando elementos inovadores como promotores comunitários, para fornecer cuidado e apoio àqueles que enfrentam doenças crônicas avançadas e situações de fim de vida. Quatro cidades em Espanha, quatro na Colômbia e uma na Argentina usam este método. Como resultados demonstram o alinhamento de organizações e cidades para promover atos de compaixão e o envolvimento da comunidade global unida por uma vocação para cuidar.</p>
<p>Samar M. Aoun; Lauren J. Breen; Ishta White; Bruce Rumbold & Allan Kellehear</p> <p>(2018)</p>	<p>Austrália</p> <p>Estudo transversal</p>	<p><i>What sources of bereavement support are perceived helpful by bereaved people and why? Empirical evidence for the compassionate communities approach</i></p> <p>Determinar quem fornece apoio ao luto na comunidade; identificar a natureza e extensão do apoio ao luto e explorar as evidências empíricas para apoiar a abordagem das comunidades compassivas no apoio ao luto.</p>	<p>Participaram neste estudo 678 pessoas em processo de luto, entre 6 a 24 meses após a morte de membro da família. Cerca de 90% dos participantes nomearam familiares e amigos como principais fontes de apoio, em deterioração do apoio profissional. Uma abordagem de saúde pública, como exemplificada por comunidades e práticas compassivas, deve ser adotada para apoiar a maioria das pessoas em luto, já que grande parte desse apoio já é fornecido em ambientes informais. Apela-se assim para abordagens de parceria que fortaleçam a capacidade de toda a comunidade de respostas perante a morte e perda, proporcionando sinergias que aprimorem os esforços formais e informais, não apenas para abordar as comorbidades do luto, mas também para melhorar a saúde e o bem-estar.</p>

Autor(es)	País/Tipo de estudo	Título/Objetivos	Resultados /Conclusões
<p>Andrea Grindrod & Bruce Rumbold</p> <p>(2018)</p>	<p>Austrália</p> <p>Estudo Transversal misto</p>	<p><i>Healthy End of life Project (HELP): a progress report on implementing community guidance on public health palliative care initiatives in Australia</i></p> <p>Descrever o contributo do projeto <i>HELP</i> no desenvolvimento da comunidade através da identificação das necessidades locais de fim de vida e a forma como as acompanha através do uso eficiente dos recursos da comunidade</p>	<p>Pedir e aceitar, oferecer e fornecer ajuda contribui para o movimento das comunidades compassivas, preenchendo uma lacuna no campo dos cuidados paliativos em saúde pública. As parcerias entre cuidados paliativos, serviços de saúde e outros setores são incentivadas no projeto HELP para garantir a diversidade de epidemiologia social do envelhecimento, do morrer, da morte, da perda e do cuidar. Uma cultura colaborativa é importante para a saúde de uma comunidade, mas o papel dos serviços de saúde embora crucial, será colocado em perspetiva à medida que as comunidades exploram o fim da vida como um evento social, e não apenas um evento gerido principalmente por serviços de saúde.</p> <p>Este projeto inclui um conjunto prático de recursos que orienta as comunidades a mudarem a cultura local para uma onde o fim da vida seja visto como um esforço colaborativo e coletivo para cidadãos, redes de apoio e organizações comunitárias.</p>
<p>Klaus Wegleitner & Patrick Schuchter</p> <p>(2018)</p>	<p>Áustria</p> <p>Estudo Transversal misto</p>	<p><i>Caring communities as collective learning process: findings and lessons learned from a participatory research project in Austria</i></p> <p>Apresentar as principais conclusões do estudo a fim de contribuir para novos discursos e desenvolvimentos baseados na prática de comunidades compassivas.</p>	<p>O ingrediente de uma comunidade compassiva, na perspetiva dos membros da comunidade, está relacionado com a importância da cocriação de relações de apoio na rede de cuidar, através da solidariedade da vida quotidiana na comunidade. O movimento comunitário solidário no cuidado em fim de vida precisa de uma estrutura ecológica de promoção da saúde para processos de ação e aprendizagem social de forma a envolver e capacitar os cidadãos. Novas políticas em saúde pública podem contribuir para uma ética do cuidado na prática em nível comunitário.</p>

Autor(es)	País/Tipo de estudo	Título/Objetivos	Resultados /Conclusões
<p>Andrea R. Prada; Juliana C. Gomez; Alicia K. Daveloza & Andrea Z. Benjumea</p> <p>(2017)</p>	<p>Colômbia</p> <p>Revisão Narrativa da Literatura</p>	<p><i>Comunidade compassivas en cuidados paliativos: revisión de experiencias internacionales y descripción de una iniciativa en Medellín, Colombia</i></p> <p>Descrever experiências internacionais de comunidades compassivas e dar a conhecer os avanços da iniciativa desenvolvida na Colômbia intitulada “Medellín Compassiva, todos contigo”.</p>	<p>A origem das comunidades compassivas procura complementar os cuidados de saúde, promovendo a responsabilidade do cidadão pelo cuidado dos seus doentes e pela criação de redes de apoio.</p> <p>O principal objectivo destas comunidades no mundo é melhorar a qualidade de vida das pessoas com doença avançada, mediante o empoderamento do seu grupo social, ajuda nas tarefas e satisfação das necessidades de cuidados. O conceito de comunidades compassivas deve ser entendido como uma “construção colectiva”, onde participam agentes de todo o tipo (profissionais, cuidadores, instituições, empresas, voluntários, vizinhos, etc.), que trabalham em rede para garantir que os cuidados aos doentes, sejam em última instância, uma responsabilidade de todos nós.</p>
<p>Barbara Pesut et al</p> <p>(2017)</p>	<p>Canadá</p> <p>Estudo observacional prospectivo</p>	<p><i>Volunteer navigation partnerships: Piloting a compassionate community approach to early palliative care</i></p> <p>Descrever os resultados do projeto N-CARE cujo objetivo consiste na capacitação e supervisão de voluntários no cuidado a doentes com necessidades paliativas.</p>	<p>O N-CARE incluiu elementos-chave de uma abordagem de saúde pública, incluindo a mobilização de recursos comunitários e redes de apoio por voluntários treinados e supervisionados por uma organização comunitária.</p> <p>Os voluntários que prestam cuidados de suporte durante a fase inicial dos cuidados paliativos são uma maneira viável de promover uma abordagem comunitária compassiva para cuidar de uma população em envelhecimento. A abordagem de saúde pública para o papel de voluntário no projeto N-CARE está focada na melhoria da qualidade de vida dos doentes, ajudando-os a desenvolver relações enquanto elementos da sua comunidade, por meio de interações de suporte projetadas para informar, envolver e criar segurança.</p>

Autor(es)	País/Tipo de estudo	Título/Objetivos	Resultados /Conclusões
<p>Libby Sallnow; Heather Richardon; Scott A. Murray & Allan Kellehear</p> <p>(2016)</p>	<p>Reino Unido</p> <p>Revisão Sistemática da Literatura</p>	<p><i>The impact of a new public health approach to end-of-life care: a systematic review</i></p> <p>Identificar as evidências relacionadas ao impacto de uma nova abordagem de saúde pública nos cuidados a pessoas em fim de vida, especificamente aplicada aos esforços para fortalecer a participação da comunidade.</p>	<p>Oito artigos foram incluídos na análise. O mapeamento dos resultados quantitativos demonstraram que o envolvimento das comunidades leva a melhores resultados para os cuidadores, como diminuição da sobrecarga ou isolamento, aumento no tamanho das redes de apoio e que redes sociais mais amplas podem influenciar fatores como local da morte e envolvimento de serviços de cuidados paliativos. Existem evidências do impacto do envolvimento da comunidade nos cuidados de final de vida. A avaliação deste impacto deve ser parte integrante de futuras políticas de saúde, devendo estas reconhecer que essas abordagens podem influenciar questões complexas, como apoio ao cuidador, capacidade da comunidade, bem-estar e isolamento social.</p>

APÊNDICE IV – Resumos das reuniões com os parceiros comunitários

Reunião com Técnicos da Área Social e da Saúde da Câmara Municipal

Local: Câmara Municipal

Data: 27-09-2019

Hora: 11:00

Duração: 60 minutos

Intervenientes: 1 Técnico Superior da Área Social
1 Técnico Superior da Área da Saúde
Sr.^a Enf.^a Gestora da UCC
Sr.^a Enf.^a Orientadora
Mestranda Sara Fialho

Assuntos:

- 1- Apresentação do Projeto de Intervenção Comunitária “*Comunidade Compassiva: Uma Estratégia Empoderadora da Promoção da Saúde*”
- 2- Pedido de apoio para a abordagem da população-alvo

Resultados: Discutido entre os presentes o plano estratégico do Eixo “*Direitos e Cidadania em Saúde*” contemplado no documento “*Plano de Desenvolvimento Social 2018/2021*” para o Concelho. Com o intuito de aumentar a parceria e a proximidade entre os diversos parceiros, este plano apresenta como finalidade mapear os recursos existentes e as necessidades de saúde sentidas na comunidade.

O Eixo supracitado apresenta como resultado o “*estabelecimento e reforço de sinergias entre a saúde e a comunidade e as intervenções na comunidade*”. Foi abordada a necessidade de aumentar as parcerias no âmbito dos cuidados paliativos, por ser uma realidade/necessidade emergente na população do concelho. A promoção de comunidades compassivas surge, neste Eixo, como meta a ser atingida face ao resultado esperado. Desta forma, foi discutida a pertinência da implementação do projeto da mestranda na UCC, como impulsionadora da promoção de uma cultura baseada na compaixão. Todos os presentes manifestaram interesse em colaborar, sendo o início de um trabalho de parceria importante para a implementação do projeto. Foi igualmente debatido a abordagem à população alvo. Fica planeada reunião com os técnicos do Plano Estratégico Operacional da Câmara Municipal.

**Reunião com Técnica Sénior responsável
pelo apoio SAD (Serviço de Apoio Domiciliário)**

Local: Sede da ERPI A

Data: 04-10-2019

Hora: 12:00

Duração: 60 minutos

Intervenientes: Técnica Sénior responsável pelo apoio SAD
Sr.^a Enf.^a Orientadora
Mestranda Sara Fialho

Assuntos:

- 1- Apresentação do Projeto de Intervenção Comunitária “*Comunidade Compassiva: Uma Estratégia Empoderadora da Promoção da Saúde*”
- 2- Agendamento de grupo de discussão com as Ajudantes de Ação Direta do SAD.

Resultados:

A responsável pelo apoio SAD demonstrou bastante interesse na colaboração na implementação do projeto. Foi abordado a tema das Comunidades Compassivas, tendo sido demonstrada bastante motivação em saber mais sobre esta temática. A responsável verbalizou que a problemática dos Cuidados Paliativos representa um assunto de bastante interesse na ERPI, visto que a Instituição teve como experiência na área, o funcionamento de uma unidade desta tipologia de cuidados durante 7 anos. Foi explicado que a elaboração de um diagnóstico de situação seria fundamental para a implementação do projeto. Ficou acordado que para a elaboração deste diagnóstico, seria fundamental a participação de informadores-chave, através da realização de um grupo de discussão. A responsável prontificou-se em escolher os elementos da equipa para participação neste grupo. Foi explicado que o grande objetivo do mesmo seria identificar as dificuldades e necessidades sentidas por estes cuidadores no cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida. Foi acordado que posteriormente seriam discutidas as estratégias a utilizar.

Ficou agendado grupo de discussão com informadores-chave para o dia 22/10/2019 às 15:00 nas instalações da sede da Instituição.

**Reunião com Técnica Superior responsável
pelo apoio SAD (Serviço de Apoio Domiciliário)**

Local: Sede da ERPI B

Data: 03-10-2019

Hora: 14:00

Duração: 60 minutos

Intervenientes: Técnica Superior responsável pelo apoio SAD
Sr.^a Enf.^a Orientadora
Mestranda Sara Fialho

Assuntos:

1- Apresentação e solicitação de colaboração no Projeto de Intervenção Comunitária “*Comunidade Compassiva: Uma Estratégia de Promoção da Saúde na Comunidade*”

2- Agendamento de grupo de discussão com as Ajudantes de Ação Direta do SAD.

Resultados:

Face à pertinência do projeto a responsável pelo apoio SAD demonstrou interesse na adesão e participação no projeto, disponibilizando os recursos humanos e materiais para a elaboração do diagnóstico de situação. Ficou acordado que para a elaboração deste diagnóstico, seria fundamental a participação de informadores-chave, através da realização de um grupo de discussão. Foi explicado que o grande objetivo deste grupo seria identificar as dificuldades e necessidades sentidas por estes cuidadores no cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida.

Foi confirmado pela responsável que estes cuidadores verbalizam, muitas vezes, as dificuldades inerentes à prestação de cuidados a pessoas em grande sofrimento, muitas delas em fim de vida. Foi esclarecido que um dos objetivos específicos deste projeto é sensibilizar estes cuidadores para a temática dos cuidados a pessoas com necessidades paliativas. Como intervenção foram sugeridas ações de educação para a saúde, mediante os problemas priorizados face às necessidades sentidas por estes profissionais.

Ficou agendado grupo de discussão com informadores-chave para o dia 16/10/2019 às 15:00 nas instalações da sede da Instituição.

**APÊNDICE V – Pedido de autorização ao Diretor Executivo do
ACES**

FW: Pedido de autorização de implementação de projeto de intervenção comunitária na UCC [REDACTED]

De: Sara <saradiniscruz@hotmail.com>

Enviado: 27 de setembro de 2019 15:20

Para: [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização de implementação de projeto de intervenção comunitária na UCC [REDACTED]

Exmo. Sr. Director Executivo do ACES [REDACTED]

[REDACTED]

Sara Dinis Alves da Cruz Fialho, a frequentar o 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa, a estagiar na UCC [REDACTED] e enfermeira a exercer funções no ACES Loures-Odivelas na USF Moscavide, vem por este meio solicitar a V.ª Ex.ª:

- Autorização para a implementação e avaliação do projeto de intervenção comunitária, no regular funcionamento da UCC [REDACTED] sob a orientação da Sr.ª Enf.ª [REDACTED] Mestre em Enfermagem Comunitária, subordinado ao tema: " *Comunidade Compassiva: Uma estratégia de Promoção da Saúde na Comunidade*". Este projeto apresenta como objetivo principal sensibilizar os parceiros comunitários para a necessidade de uma cultura de comunidade compassiva, no âmbito dos Cuidados Paliativos, a decorrer entre 9 de setembro a 18 dezembro de 2019;
- Autorização para utilização dos resultados obtidos para fins académicos e para citação do nome do ACES [REDACTED] e da UCC [REDACTED] aquando da apresentação dos mesmos.

Atenciosamente,

Sara Fialho.

**APÊNDICE VI – Guião do *Focus Group* e Consentimento Livre
e Esclarecido**

Guião do “*Focus Group*”

Participantes: Técnica responsável e Ajudantes de Ação Direta do apoio SAD

Objetivos:

- ✚ Identificar as áreas de atuação dos participantes no âmbito do cuidador formal a pessoas com doença avançada e em situação de fim de vida;
- ✚ Recolher dados, através da interação e discussão grupal, para a identificação das necessidades e dificuldades sentidas relacionadas com o cuidado à pessoa com necessidades paliativas, com vista à elaboração do diagnóstico de situação;
- ✚ Identificar as necessidades formativas dos participantes no âmbito dos cuidados paliativos;
- ✚ Estabelecer uma relação de colaboração com os participantes, com vista ao apuramento de áreas prioritárias de intervenção e ao planeamento de estratégias.

Estrutura do “*Focus Group*”:

Fase	Objetivos	Atividades a desenvolver
Pré “ <i>Focus Group</i> ”	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Legitimar o “<i>focus group</i>” ✓ Motivar os participantes para a discussão ✓ Facultar informações sobre o projeto de intervenção comunitária 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentar mestranda e a Sr.ª Enf.ª Orientadora; ✓ Contextualizar o “<i>focus group</i>” no âmbito do projeto de intervenção comunitária; ✓ Informar os participantes sobre o que se pretende com a discussão e a importância da mesma; ✓ Solicitar a participação voluntária e gravação áudio da discussão através da obtenção do consentimento livre e esclarecido; ✓ Reforçar a salvaguarda das questões de confidencialidade (os participantes não serão identificados na descrição dos dados e a gravação áudio será destruída após tratamento dos mesmos).

Fase	Questão Central	Questões secundárias
Desenvolvimento do “ <i>Focus Group</i> ”	✓ Quais as maiores dificuldades sentidas na prestação de cuidados à pessoa com doença avançada e em situação de fim de vida?	<p>✓ No seu dia-a-dia perante uma pessoa que cuidam e que se encontra em grande sofrimento, que tipo de sentimento esta situação vos desperta?</p> <p>✓ Que tipos de estratégias consideram serem as mais importantes para o alívio do sofrimento?</p> <p>✓ Quais as necessidades formativas que consideram mais urgentes no cuidado à pessoa com doença avançada ou em fim de vida?</p>

Fase	Objetivos	Atividades a desenvolver
Fim do “ <i>Focus Group</i> ”	<p>✓ Disponibilizar a resposta e discussão de eventuais dúvidas</p> <p>✓ Agradecer a colaboração</p>	<p>✓ Resumir as ideias principais percecionadas;</p> <p>✓ Proceder ao agradecimento final.</p>

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Exmos (as) Sr. (as),

Eu, Sara Dinis Alves da Cruz Fialho, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa, encontro-me atualmente a realizar estágio na UCC do Concelho sob a orientação da Sr.^a Prof.^a Doutora Amélia Simões Figueiredo, no período de 9 de setembro a 18 de dezembro de 2019.

Com o intuito de dar resposta aos objetivos deste estágio estamos a elaborar um projeto de intervenção comunitária que contempla a avaliação das necessidades das Técnicas responsáveis e das Ajudantes de Ação Direta que exercem funções em Instituições de cariz de Solidariedade Social nomeadamente no Serviço de Apoio Domiciliário. Razão pela qual solicitamos a sua participação voluntária neste grupo de discussão, *focus group*, com vista a obter um maior entendimento sobre as necessidades e dificuldades sentidas relacionadas com o cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida.

Consideramos que a sua opinião enquanto elemento de referência da comunidade é fundamental para o correto diagnóstico de situação, e por conseguinte, para o sucesso de implementação deste projeto intitulado “*Comunidade Compassiva: uma Estratégia Empoderadora da Promoção da Saúde*”. No final deste grupo de discussão, ficarão definidos em conjunto os principais objetivos e as intervenções a serem implementadas neste projeto.

Gostaríamos ainda de assegurar que serão salvaguardadas todas as questões éticas e deontológicas relativamente às informações que nos forem transmitidas e solicitar o seu consentimento para a utilização dos dados recolhidos na elaboração do nosso projeto.

O tempo médio previsto para este *focus group* será de aproximadamente 45-60 minutos.

Declaro que fui informado (a) acerca dos objetivos do projeto que contempla a avaliação das necessidades das Ajudantes de Ação Direta a exercerem no Serviço de Apoio Domiciliário.

Participo de forma voluntária neste grupo de discussão, e reconheço que o procedimento me foi explicado.

Reconheço o direito de em qualquer altura recusar continuar com a minha participação, sem qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Fui informado (a) que os dados obtidos serão usados somente para fins científicos e que, aquando do tratamento de dados é garantido o anonimato e confidencialidade.

Foi-me comunicado de que não terei qualquer encargo económico, nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela participação neste grupo de discussão.

Autorizo a gravação áudio deste grupo de discussão, tendo sido garantida a sua destruição após tratamento dos dados.

Face ao exposto, aceito participar no mesmo.

Data ____/____/2019

Assinatura _____

**APÊNDICE VII – Matriz de Análise de Conteúdo da ERPI A e
ERPI B**

ERPI A

		Participantes							
Categorias	Sub-Categorias	E1	E2	E3	E4	E5	E6	TR	Frequência
Dificuldades das AAD na prestação de cuidados à pessoa com doença avançada ou em fim de vida	Intervenção na dor		x		x		x		3
	Comunicação ineficaz com a pessoa		x	x	x				3
	Lidar com o sofrimento	x	x	x			x	x	5
	Lidar com o processo de morte	x	x	x	x	x	x	x	7
	Medo de provocar dor	x					x		2
Emoções vivenciadas pelas AAD inerentes ao cuidado à pessoa que se encontra em grande sofrimento	Tristeza	x	x		x		x	x	5
	Medo	x	x		x		x	x	5
	Preocupação	x		x			x	x	4
Sentimentos vivenciados pelas AAD inerentes ao cuidado à pessoa que se encontra em grande sofrimento	Pena		x	x	x				3
	Impotência	x	x				x		3
	Empatia					x	x		2
	Compaixão						x		1
Estratégias adotadas pelas AAD ao nível do alívio do sofrimento	Toque						x		1
	Presença		x		x				2
	Humor	x							1
	Cantar				x				1
	Silêncio		x						1
	Falar com a pessoa	x			x		x		3
Necessidades formativas das AAD no cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida	Estratégias de comunicação			x	x		x	x	4
	Estratégias de alívio da dor	x	x		x	x	x		5

ERPI B

		Participantes								
Categorias	Sub-Categorias	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	Frequência
Dificuldades das AAD na prestação de cuidados à pessoa com doença avançada ou em fim de vida	Meio ambiente envolvente	x	x		x	x		x	x	6
	Interação com a família	x	x	x	x			x		5
	Comunicação ineficaz com a pessoa		x	x		x	x	x		5
	Lidar com o processo de morte	x	x	x	x	x	x	x	x	8
	Lidar com o sofrimento	x	x		x	x		x	x	6
	Comunicação com a equipa de saúde	x			x			x	x	4
Emoções vivenciadas pelas AAD inerentes ao cuidado à pessoa que se encontra em grande sofrimento	Tristeza		x		x	x	x	x	x	6
	Medo	x	x	x			x		x	5
	Afeto	x			x			x		3
Sentimentos vivenciados pelas AAD inerentes ao cuidado à pessoa que se encontra em grande sofrimento	Impotência	x	x	x	x	x	x	x		7
	Empatia			x	x			x		3
	Compaixão		x					x		2
Estratégias adotadas pelas AAD ao nível do alívio do sofrimento	Toque			x	x		x			3
	Falar com a pessoa			x	x					2
Necessidades formativas das AAD no cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida	Tratamento de feridas/úlceras	x			x			x		3
	Posicionamentos	x			x	x		x		4
	Dispositivos médicos							x		1
	Estratégias de comunicação		x			x	x			3

APÊNDICE VII – Unidades de Registo da ERPI A e ERPI B

ERPI A

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Dificuldades das AAD na prestação de cuidados à pessoa com doença avançada ou em fim de vida	Intervenção na dor	<p>“ A maior dificuldade é eles terem tanta dor e nós temos que fazer o nosso trabalho..” (E2)</p> <p>“Pronto eu também concordo com a P., eles têm muitas dores o que por vezes condiciona o nosso trabalho.” (E4)</p> <p>“Fazendo as minhas palavras as das minhas colegas, também sinto...será que eu estou a suprir as necessidades que ele precisa, principalmente na dor...” (E6)</p>
	Comunicação ineficaz com a pessoa	<p>“ Sim o utente não consegue expressar-se...” (E4)</p> <p>“ É difícil percebê-los porque a maior parte deles não falam.”(E2)</p> <p>“..não é fácil comunicar com eles...”(E3)</p>
	Lidar com o sofrimento	<p>“A minha maior dificuldade é o sofrimento da pessoa e nós temos que fazer o nosso trabalho” (E3)</p> <p>“..mas é assim tento não me apegar muito ao utente, porque depois eu vou sofrer” (E1)</p> <p>“...eu não ligo muito, tento não ligar muito ao utente.”(E2)</p> <p>“...nós quando escolhemos esta profissão, não é, temos que ter um grande poder de encaixe, temos que nos manter ...entre aspas, um bocadinho frios.”(E6)</p> <p>“...até aquele último momento vai ficar connosco, mas depois..no entanto há aquela ultima fase de maior agonia, de falta de ar, de todas aquelas questões que o sofrimento é visível quer para as colegas que cuidam, quer para nós...”(TR)</p>
	Lidar com o processo de morte	<p>“A maior dificuldade é o medo de estar cuidando deles e acontecer, você sabe ...ele falecer no nosso braço.”(E1)</p> <p>“...eu fingia que estava tudo bem, brincava, contava piada...”(E2)</p> <p>“Eu não consigo...eu dizer que saio e que não penso mais no utente, no meu trabalho, não é verdade porque eu não consigo...” (E5)</p> <p>“E às vezes temos que ir adiando aquela questão de... vai acontecer...” (TR)</p> <p>“Eu prefiro pensar que não vai acontecer.” (E4)</p> <p>“ Tenho muita dificuldade no processo.” (E3)</p>

Emoções vivenciadas pelas AAD inerentes ao cuidado à pessoa que se encontra em grande sofrimento		“Por vezes não sei o que fazer...” (E6)
	Medo de provocar dor	“...eu tenho dificuldade, tenho aquele medo de magoar, de machucar.”(E1) “...também sinto... será que eu não estou a magoar?...” (E6)
	Tristeza	“...eu choro, choro mesmo.” (E1) “..eu fico triste sempre que acontece um óbito...” (TR) “..tenho coração não é? a gente sente..”(E4) “..sentimo-nos um bocadinho tristes e é difícil.” (E6) “...sinto uma tristeza enorme quando cuido deles.” (E2)
	Medo	“...tenho aquele medo de magoar...” (E1) “... será que eu não estou a magoar?...” (E6) “ ...medo pelo que pode acontecer...” (E2) “Tenho medo de falhar...” (E4) “Medo da reação da família.” (TR)
	Preocupação	“..eu não consigo separar, fica comigo aqui, vou para casa pensando todos eles”. (E1) “Nunca me consigo desligar completamente.”(E6) “Vou pelo caminho a pensar, como estará aquele utente.” (E3) “Preocupamo-nos com todos eles...” (TR)

Sentimentos vivenciados pelas AAD inerentes ao cuidado à pessoa que se encontra em grande sofrimento	Pena	“A gente, nós somos humanos não é? Sentimos pena, pois tratamos daquele utente muito tempo.” (E4) “Eu fiz-lhe a higiene de manhã e sentia-a muito débil mesmo, tive muita pena...” (E2) “Sinto uma espécie de...não é bem pena, mas é.” (E3)
	Impotência	“..a dificuldade maior é você não ter um jeito certo para você tratar daquela pessoa entendeu, eu pelo menos tenho esta dificuldade.” (E1) “..o utente queixar-se e não podemos fazer nada para o ajudar” (E2) “..eu sinto sempre que não estou a fazer bem...”(E6)

	Empatia	<p>“Temos que nos colocar no lugar da pessoa não é? acho que é isso.” (E6)</p> <p>“..não queremos que morra sozinho, no entanto também não queremos que ele esteja a sofrer” (E5)</p>
	Compaixão	<p>“... eu vou-me imaginar..eu ficava mais confortável se eu estivesse nesta posição, eu estou a dar só um exemplo, eu ia gostar que me pusessem mais para a frente ou mais para trás.” (E6)</p>
Estratégias adotadas pelas AAD ao nível do alívio do sofrimento	Toque	<p>“..mesmo que não me respondam, mesmo que não toquem em mim, acho que ao tocá-los eles acalmam.” (E6)</p>
	Presença	<p>“..sentirem que está ali alguém que cuida deles” (E4)</p> <p>“..eu dizia que ela ia morrer nesse dia, e eu pôs-me à cabeceira da cama, eu digo eu ainda rezei..” (E2)</p>
	Humor	<p>“Eu acho que se deve brincar, contar piada...e até rir” (E1)</p>
	Cantar	<p>“..quando em canto ela começa logo a cantarolar.” (E4)</p>
	Silêncio	<p>“Às vezes não dissemos nada.” (E2)</p>
	Falar com a pessoa	<p>“Nós a falar com eles, a estimulá-los.” (E4)</p> <p>“Acho que o silêncio não é a solução nestes casos, eu acho que se deve conversar.” (E1)</p> <p>“Também tenho aquele meu lado mais meigo de ficar lá mais um bocadinho a falar, mesmo que não me respondam.” (E6)</p>
Necessidades formativas das AAD no cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida	Estratégias de comunicação	<p>“Talvez a melhor forma de podermos comunicar com eles.” (E3)</p> <p>“Sem dúvida a comunicação” (E6)</p> <p>“Sim, também acho, a comunicação” (E4)</p> <p>“...e também a comunicação com a família, que por vezes é muito difícil.”(TR)</p>
	Estratégias de alívio da dor	<p>“Talvez a terapia de alívio à dor...essa é uma das partes mais preocupantes” (E2)</p> <p>“Como aliviar-lhes a dor”(E1)</p> <p>“Sim, sim, a temática da dor” (E4)</p> <p>“Eu ficaria mais bem preparada, se soubesse diminuir a dor à pessoa.”(E5)</p> <p>“Sou da mesma opinião que as minhas colegas”(E6)</p>

ERPI B

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Dificuldades das AAD na prestação de cuidados à pessoa com doença avançada ou em fim de vida Dificuldades das AAD na prestação de cuidados à pessoa com doença avançada ou em fim de vida	Meio ambiente envolvente	“Às vezes também são as faltas de condições...” (E4) “Principalmente quando não há condições nenhuma, nós criamos as condições com aquilo que eles têm...” (E2) “...quase todos os dias, há pessoas que só entrarmos em casa da pessoa já dá vontade de chorar...só de entrar ali...” (E7) “...por vezes o meio onde eles vivem é muito difícil...”(E1) “É como a colega disse... por vezes não há condições.” (E5) “Existem casas...nem tenho como descrevê-las.” (E8)
	Interação com a família	“...há utentes que os familiares ajudam na recuperação ou a tentar não é, e depois há outros que não..”(E2) “São piores os familiares que os utentes...” (E1) “É verdade...” (E3) “Aquele senhor a esposa insistiu que ele tinha que se sentar e nós fizemos o nosso trabalho, e passado poucas horas acabou por falecer...” (E4) “Sim nós às vezes, pensamos que o melhor para a pessoa é estar deitada, mas os familiares exigem que seja feito o levante para irem à casa de banho.” (E7)
	Comunicação ineficaz com a pessoa	“A comunicação não é fácil.” (E3) “É claro que com dor eles não conseguem comunicar connosco” (E7) “...por vezes eu tenho dificuldade em comunicar com os utentes.”(E5) “...a comunicação sem dúvida.”(E2) “Por vezes penso...será que aquela pessoa.. naquela condição.. me consegue ouvir”(E6)
	Lidar com o processo de morte	“...será que é hoje que ele nos vai morrer nas mãos... É sempre aquele receio.” (E2) “...será que está vivo, será que está que não está vivo..” (E8) “Dá-me é vontade de fugir.”(E1)

		<p>“... e nós ao mesmo tempo com aquele sentimento, o que vamos fazer, calma, respira, nem tens tempo para chorar”. (E7)</p> <p>“...se alguém falecer à minha frente, é inevitável que não pense...”(E3)</p> <p>“..há utentes que em casa penso como poderia ter ajudado mais.”(E5)</p> <p>“Eu não consigo, é muito difícil...”(E4)</p> <p>“Fico a pensar naquilo dias e dias.”(E6)</p>
	Lidar com o sofrimento	<p>“Porque nós lidamos diariamente, chega a uma altura que o sofrimento... é difícil.” (E4)</p> <p>“Tenho a mesma opinião que a colega.”(E8)</p> <p>“Penso que podia ser o meu pai ali...naquela cama.”(E1)</p> <p>“...o sofrimento é demais...”(E5)</p> <p>“Penso muitas vezes no sofrimento que eles passam.”(E2)</p> <p>“Sem dúvida...o sofrimento.”(E7)</p>
	Comunicação com a equipa de saúde	<p>“..há enfermeiros que não se pode tocar nas coisas..” (E4)</p> <p>“Mas há enfermeiros que não querem...não deixam” (E1)</p> <p>“Ela também já levou nas orelhas dos enfermeiros por causa dos posicionamentos...” (E7)</p> <p>“Sim mas às vezes isso acontece...” (E8)</p>
Emoções vivenciadas pelas AAD inerentes ao cuidado à pessoa que se encontra em grande sofrimento	Tristeza	<p>“...quase todos os dias, há pessoas que só entrarmos em casa da pessoa já dá vontade de chorar...” (E7)</p> <p>“Sinto uma tristeza enorme.”(E2)</p> <p>“Sinto o mesmo que a colega”(E5)</p> <p>“Dá-me vontade de chorar” (E8)</p> <p>“Eu choro...e muito”(E4)</p> <p>“É muito triste...”(E6)</p>
	Medo	<p>“...também me acontece pensar, será que é hoje que ele nos vai morrer nas mãos... É sempre aquele receio.” (E2)</p> <p>“Temos chaves para entrarmos não é...será que está vivo, será que está que não está vivo...” (E8)</p> <p>“Tenho sempre aquele receio...” (E1)</p> <p>“Medo daquilo acontecer...” (E6)</p> <p>“Não sei...aquele receio, incerteza...”(E3)</p>

	Afeto	<p>“criamos muitos laços com os utentes, estamos um, dois, três anos sempre com o mesmo utente e criam-se laços passado muito pouco tempo...” (E1)</p> <p>“... por criarmos laços fortes com alguns deles e o utente é como se fosse um familiar nosso.” (E7)</p> <p>“Sim os tais laços....e que nos veem como família.” (E4)</p>
Sentimentos vivenciados pelas AAD inerentes ao cuidado à pessoa que se encontra em grande sofrimento	Impotência	<p>“...por outro lado sentimo-nos incapazes porque não conseguimos...”(E3)</p> <p>“Não conseguimos fazer mais do que aquilo que podemos fazer, tentamos fazer sempre o nosso melhor...” (E2)</p> <p>“Sentimo-nos revoltadas, incapacitadas....de não conseguirmos resolver a situação...” (E5)</p> <p>“Revolta...uma revolta muito grande” (E1)</p> <p>“De não conseguirmos fazer nada...” (E4)</p> <p>“Impotência...há alturas em que não podemos fazer mais nada...” (E6)</p> <p>“...basicamente é dor, dói a ele, dói-nos a nós de não poder fazer nada, querer ajudar e não poder...” (E7)</p>
	Empatia	<p>“Nós também pensamos, que deus se lembre daquela pessoa porque o sofrimento já é demais...” (E4)</p> <p>“E a família também, porque não é só a pessoa...a família sofre também..” (E3)</p> <p>“..que não sofra mais...” (E7)</p>
	Compaixão	<p>“..amanhã vou lá e sei que aquela pessoa não tem um pão para comer, por exemplo, então levo de casa...” (E7)</p> <p>“...há alturas em que não podemos fazer mais nada... talvez dar conforto...(E2)</p>
Estratégias adotadas pelas AAD ao nível do alívio do sofrimento	Toque	<p>“Tínhamos uma senhora que acalmava com o toque.” (E4)</p> <p>“Só a tocar...” (E3)</p> <p>“Sim por vezes só com o toque” (E6)</p>
	Falar com a pessoa	<p>“..se a pessoa falar tentar sempre entrar em conversa, para não estar a pensar naquilo que se está a fazer, vai-se conversando ...” (E3)</p> <p>“...falar sobre qualquer coisa.” (E4)</p>

Necessidades formativas das AAD no cuidado à pessoa com doença avanzada e em fim de vida	Tratamento de feridas/úlceras	“Temos às vezes pessoas com escaras, feridas...” (E4) “..eu se tivesse mais formação para estar mais à vontade...para não ter tanto medo de encarar as escaras... (E7) “ uma área importante são as feridas...” (E1)
	Posicionamentos	“tenho muitas dúvidas nos posicionamentos” (E1) “Posicionamentos.”(E5) “Como colocar a pessoa na forma mais correta.”(E4) “Como posicionar a pessoa” (E7)
	Dispositivos médicos	“ Como trocar sacos, placas..” (E7)
	Estratégias de comunicação	“Algumas estratégias em comunicar que podemos conhecer, e outras não...” (E2) “Como comunicar com a pessoa...naquela condição”(E5) “...e comunicar com a família também.”(E6)

APÊNDICE IX – Método de Hanlon

<p>A- Amplitude ou Magnitude do Problema (0 a 10):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 2 – 0 a 3 ➤ 4 – 4 a 7 ➤ 6 – 8 a 11 ➤ 8 – 12 a 14 ➤ 10 - 15 	<p>B – Gravidade do Problema (0 a 10):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 4 - Pouco Grave ➤ 7 – Gravidade média ➤ 10 – Muito Grave
<p>C- Eficácia da Solução (0,5 a 1,5):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 0,5 – Solução difícil; ➤ 1 - Solução razoável ➤ 1,5 – Solução fácil 	<p>D- Exequibilidade do Projeto ou da Intervenção (0 ou 1):</p> <p>Integra cinco componentes descritos pela sigla PEARL (P – pertinência; E – exequibilidade económica; A – aceitabilidade; R – disponibilidade de recursos; L – legalidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 0 – Não exequível ➤ 1 – Exequível

APÊNDICE X – Retorno dos resultados do *Focus Group* à ERPI
B

Fwd: Resultados da reunião realizada a dia 16 de Outubro

De: Sara [mailto:saradiniscruz@hotmail.com]

Enviada: 8 de novembro de 2019 18:16

Para: [REDACTED]

Cc: [REDACTED]

Assunto: Resultados da reunião realizada a dia 16 de Outubro

Boa tarde Dr.ª [REDACTED]

Tal como combinado gostaríamos de dar *feedback* sobre os resultados da reunião que realizámos convosco no passado dia 16 de Outubro.

Após tratamento e análise dos dados obtidos, foi identificada a necessidade de melhoria de conhecimentos em algumas áreas relativas ao cuidado da pessoa com doença avançada e em fim de vida. Deste modo, foram priorizadas as seguintes áreas:

- a comunicação com a pessoa e família,
- o processo de morte e de sofrimento,
- o conceito de cuidados paliativos,
- o conceito de empatia,
- o conceito de compaixão.

Gostaríamos de discutir consigo a possibilidade de realizar a nossa intervenção em dois momentos distintos: o primeiro será uma sessão onde abordaremos os aspetos psico-emocionais, realizando algumas dinâmicas de grupo e o segundo momento os aspetos mais práticos da intervenção.

Assim aguardamos a sua resposta para discutirmos estas questões.

Muito obrigada.

Atenciosamente,

Sara e [REDACTED]

APÊNDICE XI – Cronograma das Atividades desenvolvidas

ANO 2019

Mês \ Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SETEMBRO																															
OUTUBRO																															
NOVEMBRO																															
DEZEMBRO																															

Legenda:

-  Reunião com Câmara Municipal
-  Reunião com ERPI B
-  Reunião com ERPI A
-  *Focus Group* na ERPI B
-  *Focus Group* na ERPI A
-  Sessões do Módulo I
-  Sessões do Módulo II
-  Entrevista na rádio local

**APÊNDICE XII – Cartazes de divulgação das sessões do
Módulo I e II**



“CUIDAR COM COMPAIXÃO A PESSOA COM DOENÇA AVANÇADA E EM FIM DE VIDA”

Sessão de Sensibilização à Equipa do apoio SAD

MÓDULO I

***O Cuidado Paliativo:
Conceitos e Princípios***

Dia: 20/11/2019 ou 28/11/2019

Hora: 14:30 – 15:30

Local: Sala de Reuniões



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA · PORTO

Formadora:

Mestranda Sara Fialho

Instituto de Ciências da Saúde da
Universidade Católica de Lisboa



“CUIDAR COM COMPAIXÃO A PESSOA COM DOENÇA AVANÇADA E EM FIM DE VIDA”

Sessão de Sensibilização à Equipa do apoio SAD

MÓDULO II

*Cuidar o Doente Paliativo
em Fim de Vida*

Dia: 03/12/2019 ou 05/12/2019

Hora: 14:30 – 15:30

Local: Sala de Reuniões



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA · PORTO

Formadora:

Mestranda Sara Fialho

Instituto de Ciências da Saúde da
Universidade Católica de Lisboa

APÊNDICE XIII –Planos de sessão do Módulo I e II

Plano de sessão

Tema: *Cuidar com Compaixão a pessoa com doença avançada e em fim de vida*

Módulo I: *O Cuidado Paliativo: Conceitos e Princípios*

Data e local da apresentação: 20/11/2019 ou 28/11/2019 às 14:30 na Sala de Reuniões

Duração: 60 minutos

Participantes: Técnica responsável e AAD do apoio SAD

Formador: Mestranda Sara Fialho

Divulgação da ação de formação:

- Envio do cartaz de divulgação da ação de formação por *via email* para a responsável técnica do apoio SAD, para afixação no espaço de reunião das Ajudantes de Ação Direta;
- Pedido de colaboração da técnica responsável para relembrar as Ajudantes de Ação Direta da data da ação de formação na reunião diária.

Objetivo Geral:

- ✚ Sensibilizar as participantes para o cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida

Objetivos específicos:

Que no final da ação:

- 75% das participantes sejam capazes de reconhecer o conceito de Cuidados Paliativos;
- 75% das participantes sejam capazes de identificar 2 princípios dos Cuidados Paliativos;
- 50% das participantes sejam capazes de descrever o conceito de Compaixão;
- 50% das participantes sejam capazes de descrever o conceito de Empatia;

	CONTEÚDO	METODOLOGIA TÉCNICA E MAE	TEMPO	OBSERVAÇÕES
<i>Introdução</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresentação dos formadores; ➤ Apresentação do tema e dos objetivos da sessão; ➤ Contextualização da importância do tema na prestação de cuidados à pessoa com doença avançada e em fim de vida 	<p>Método Interativo</p> <p>Método Expositivo</p> <p>(Datashow e Computador)</p>	5'	Questionar os participantes sobre experiências profissionais/pessoais anteriores
<i>Desenvolvimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresentação de: <ul style="list-style-type: none"> - Esperança média de vida em Portugal - Principais causas de mortalidade em Portugal e na Europa - Atitudes face à morte - Conceito de Cuidados Paliativos - Cuidado Centrado na Pessoa - Princípios dos Cuidados Paliativos - Conceito de Empatia - Conceito de Compaixão 	<p>Método Expositivo</p> <p>(Datashow e Computador)</p> <p>Método Interrogativo</p> <p>Método Interativo</p> <p>Filme: "Às terças com Morrie"</p>	40'	<p>Momento de "Quebra-gelo" – <i>Técnica Brainstorming</i></p> <p>Exercício Prático: Dinâmica de Grupo</p>
<i>Conclusão</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Síntese global dos assuntos abordados; ➤ Consolidação das ideias-chave; ➤ Esclarecimento de dúvidas 	<p>Método Expositivo</p> <p>Método Interativo</p>	5'	
<i>Avaliação</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação Sumativa de conhecimentos ➤ Avaliação da Satisfação dos participantes 	Método Interrogativo	10'	Aplicação do Questionário de apreciação da sessão

Plano de Sessão

Tema: *Cuidar com Compaixão a pessoa com doença avançada e em fim de vida*

Módulo II: *Cuidar o Doente Paliativo em Fim de Vida*

Data e local da apresentação: 03/12/2019 ou 05/12/2019 às 14:30 na Sala de Reuniões

Duração: 60 minutos


Participantes: Técnica responsável e AAD do apoio SAD

Formador: Mestranda Sara Fialho

Divulgação da ação de formação:

- Envio do cartaz de divulgação da ação de formação por *via email* para a responsável técnica do apoio SAD, para afixação no espaço de reunião das Ajudantes de Ação Direta;
- Pedido de colaboração da técnica responsável para relembrar as Ajudantes de Ação Direta da data da ação de formação na reunião diária.

Objetivo Geral:

-  Sensibilizar as participantes para o cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida

Objetivos específicos:

Que no final da ação:

- 50% das participantes sejam capazes de identificar 3 barreiras à comunicação;
- 75% das participantes sejam capazes de reconhecer o conceito de escuta ativa;
- 50% das participantes sejam capazes de identificar 2 sinais de proximidade da morte;
- 50% das participantes sejam capazes de descrever 3 medidas de conforto a prestar no momento de fim de vida.

	CONTEÚDO	METODOLOGIA TÉCNICA E MAE	TEMPO	OBSERVAÇÕES
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresentação dos formadores; ➤ Apresentação do tema e dos objetivos da sessão; ➤ Contextualização da importância do tema na prestação de cuidados à pessoa com doença avançada e em fim de vida 	<p>Método Interativo</p> <p>Método Expositivo</p> <p>(Datashow e Computador)</p>	5'	Questionar os participantes sobre experiências profissionais/pessoais anteriores
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresentação de: <ul style="list-style-type: none"> - Processo de Sofrimento (Sentimentos e Necessidades) - Processo de Comunicação - Barreiras à Comunicação - Conceito de Escuta Ativa - Sinais da Proximidade da Morte - Medidas de Conforto no momento final de vida 	<p>Método Expositivo</p> <p>(Datashow e Computador)</p> <p>Método Interativo</p> <p>Método Interrogativo</p> <p>Filme: “Simpatia vs Empatia”</p>	40'	Exercício Prático: Dinâmica de Grupo
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Síntese global dos assuntos abordados; ➤ Consolidação das ideias-chave; ➤ Esclarecimento de dúvidas 	<p>Método Expositivo</p> <p>Método Interativo</p>	5'	
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação Sumativa de conhecimentos ➤ Avaliação da Satisfação dos participantes 	Método Interrogativo	10'	<p>Aplicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Ficha de avaliação de conhecimentos - Questionário de apreciação da sessão

APÊNDICE XIV – Sessão do Módulo I

Cuidar com COMPAIXÃO



A pessoa com doença avançada e em fim de vida

Prof.ª Orientadora:
Prof. Doutora Amélia Simões Figueiredo

Mestranda:
Sara Fialho

Novembro de 2019

INTRODUÇÃO

OBJETIVO GERAL

- Sensibilizar as participantes para o cuidado à pessoa com doença avançada e em fim de vida

MÓDULO I

O CUIDADO PALIATIVO: CONCEITOS E PRÍNCÍPIOS

INTRODUÇÃO

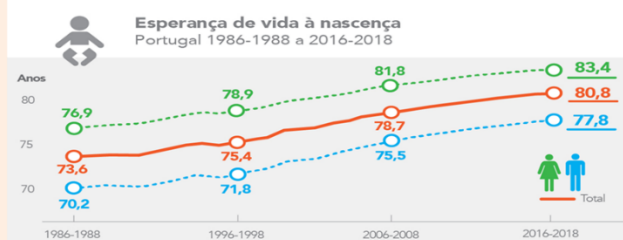
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Que no final da sessão:

- 75% das participantes sejam capazes de reconhecer o conceito de Cuidados Paliativos;
- 75% das participantes sejam capazes de identificar 2 princípios dos Cuidados Paliativos;
- 50% das participantes sejam capazes de descrever o conceito de Compaixão;
- 50% das participantes sejam capazes de descrever o conceito de Empatia.

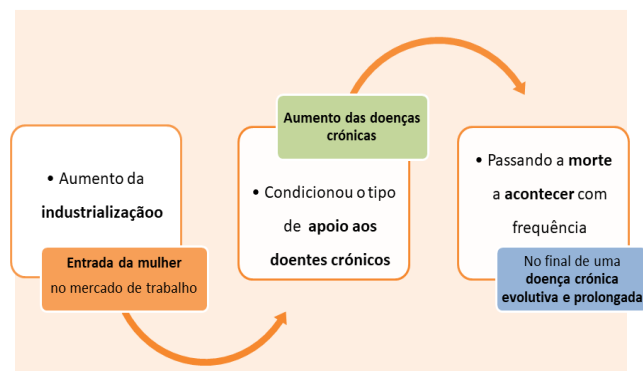
MUDANÇAS AO LONGO DO TEMPO

Progressos científicos e sociais alcançados impuseram um aumento da longevidade



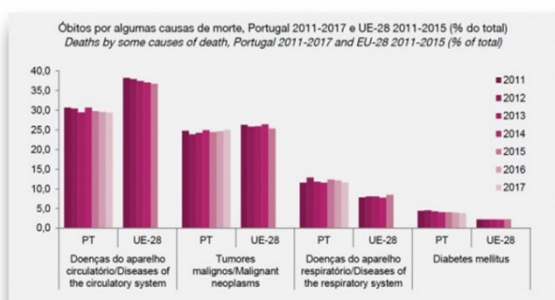
Fonte: (INE,2019)

MUDANÇAS AO LONGO DO TEMPO



DADOS ESTATÍSTICOS

Número de óbitos e taxas de mortalidade específica



Fonte: (DGS,2016)

BREVE HISTÓRIA DAS ATITUDES FACE À MORTE



Profissionais de saúde :

“Negação da morte”

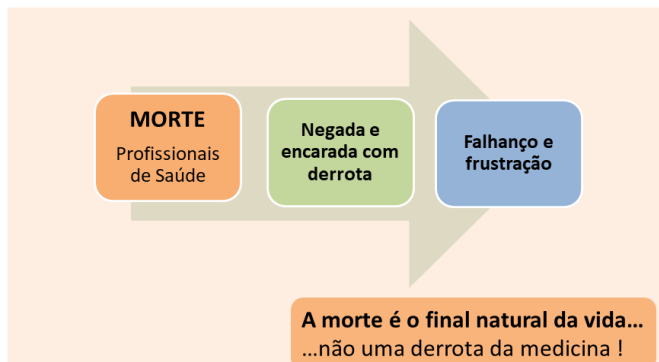
“Triunfalismo heroico sobre a morte”

“Ilusão de pleno controle sobre a doença”

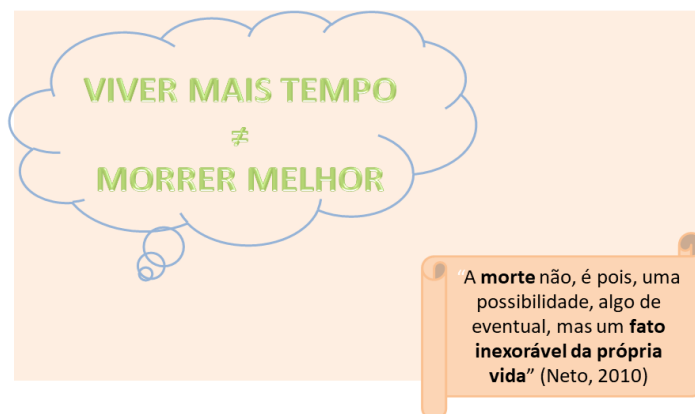


Relegando para segundo plano as intervenções na Saúde que **PROMOVEM UM FINAL DE VIDA CONDIGNO**

BREVE HISTÓRIA DAS ATITUDES FACE À MORTE



BREVE HISTÓRIA DAS ATITUDES FACE À MORTE



PERGUNTA DE PARTIDA

Quais as maiores **dificuldades** sentidas
quando se cuida de alguém com
doença avançada e em fim de vida?

PERGUNTA DE PARTIDA



ÁS TERÇAS COM MORRIE - Filme



As Terças Com Morrie.mp4.crdownload

ÁS TERÇAS COM MORRIE

Mostra-nos o que é realmente importante na vida

«No princípio da vida, quando somos crianças, precisamos dos outros para sobreviver, certo? E no fim da vida, quando ficas como eu, precisas dos outros para sobreviver, certo? (...) Mas o segredo está aqui: entre uma coisa e a outra, também precisamos dos outros.»

Não deixar nada por fazer nem por dizer: **Obrigado; Perdoa-me; Gosto de ti;**

Importância dos **Silêncios**; Da **Escuta**; Do **Toque**;

Arrependimentos (orgulho, vaidade, teimosia, egoísmo);

Valorizar os **pequenos pormenores** da vida

NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Por ano morrem



52 milhões de pessoas em todo o mundo

Estima-se que 10 milhões de pessoas morram
em sofrimento

Um **alívio inadequado** do sofrimento nos dias que antecedem a morte de um doente poderá ser lembrado para sempre pelos familiares e ser uma importante causa de angústia.

Assegurar uma **boa morte** para todos é um **grande desafio** não apenas para os profissionais de saúde mas também para a sociedade.

DEFINIÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

“Uma abordagem que visa **melhorar a qualidade de vida dos doentes** – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da **prevenção e alívio do sofrimento**, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.”

Organização Mundial da Saúde (2002)

DEFINIÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS



DEFINIÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Os **cuidados paliativos** foram vistos no passado como os cuidados que eram prestados quando todas as vias de tratamento para a doença de base estavam esgotadas e era considerado inapropriado todo e qualquer tratamento médico ativo.

DEFINIÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Seja qual for...
A doença...
A fase em que se encontra...
O tratamento já administrado...

Existe sempre algo que pode ser feito para melhorar a qualidade da vida da pessoa

PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS



PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Afirmam a vida e **aceitam a morte** como processo natural

Oferecidos com base nas **necessidades** e não apenas no prognóstico ou diagnóstico

Preocupação em abranger as necessidades das famílias e cuidadores, que se **prolongam pelo período do luto**

CONCEITO DE COMPAIXÃO

COMPAIXÃO

≠

EMPATIA

CONCEITO DE EMPATIA

EMPATIA

- › Habilidade de se **colocar no lugar do outro** de forma a entender as suas necessidades, sentimentos e problemas
- › Estabelecer uma **relação próxima** e compreensiva

CONCEITO DE COMPAIXÃO

COMPAIXÃO

- › Significa “**sofrer juntos**”
- › Percepção e **compreensão** do **sofrimento** do outro
- › **Desejo de alívio**, redução e eliminação do sofrimento
- › **Implica ação** (realização de cuidados/tarefas)



**OBRIGADA PELA
PRESENÇA!**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral da Saúde (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Disponível em:

www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx;

Doyle, D.; Furst, C. (2005). *The terminal phase*. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3ª Ed., Oxford: Oxford University Press;

Instituto Nacional de Estatística (2019). Revista Electrónica: Destaque. Disponível em: www.ine.pt/INEWS. Janeiro 2019

Neto I. (2010) - *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética. 2ª Ed.;

Twycross, R.; Lichter. I. (1999) . *The terminal phase*. : Oxford Textbook of palliative Medicine, 2ª Ed., Oxford: Oxford University Press;

APÊNDICE XV – Sessão do Módulo II

Cuidar com COMPAIXÃO



A pessoa com doença avançada e em fim de vida

Prof.ª Orientadora:
Prof. Doutora Amélia Simões Figueiredo

Mestranda:
Sara Fialho

Dezembro de 2019

MÓDULO II

CUIDAR O DOENTE PALIATIVO

EM FIM DE VIDA

INTRODUÇÃO

OBJETIVO GERAL

- Sensibilizar as participantes para o cuidado
à **pessoa com doença avançada e em fim de vida**

INTRODUÇÃO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

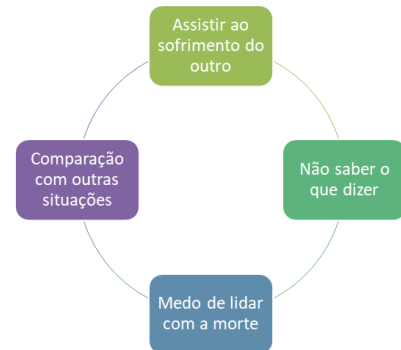
Que no final da sessão:

- 50% das participantes sejam capazes de identificar 3 barreiras à comunicação;
- 75% das participantes sejam capazes de reconhecer o conceito de escuta ativa;
- 50% das participantes sejam capazes de identificar 2 sinais de proximidade da morte;
- 75% das participantes sejam capazes de descrever 3 medidas de conforto a prestar no momento final da vida .

PERGUNTA DE PARTIDA

Quais as maiores **dificuldades** sentidas
quando se cuida de alguém com
doença avançada e em fim de vida?

PERGUNTA DE PARTIDA



PROCESSO DE SOFRIMENTO

Os doentes no domicílio expressam com frequência

Ansiedade por considerarem que são um fardo para os familiares;

Tristeza em deixar os seus entes queridos;

Ansiedade acerca de como estes irão lidar com a sua morte.

(Doyle, 2005)

Deve ser assegurado ao doente



(Twycross, R.; Lichter. I.,1999)

PROCESSO DE SOFRIMENTO

Principais fontes de sofrimento

Sentimento de perda de sentido
Desespero
Falta de controlo
Sensação de impotência

Fatores psicológicos que influenciam

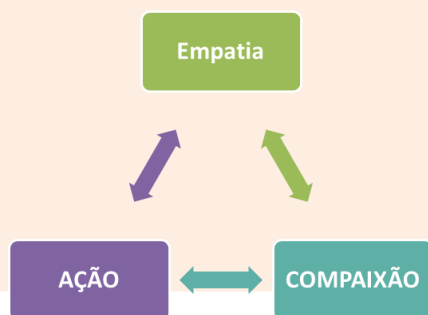
Traços de personalidade
Necessidade de manter o controlo
Dinâmica pessoal perturbada
Resolução de assuntos pessoais pendentes

(Twycross, R.; Lichter. I.,1999)

PROCESSO DE SOFRIMENTO

O doente/família devem ser apoiados espiritualmente neste período

Elementos de um relacionamento de suporte



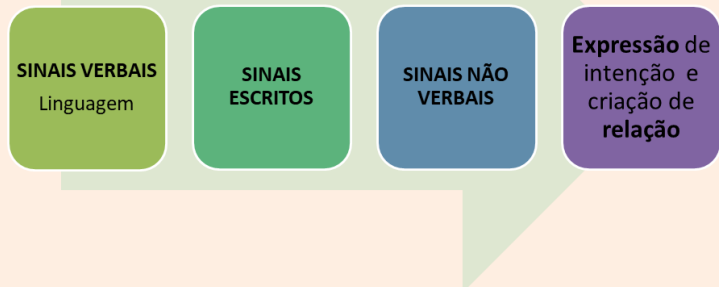
PROCESSO DE COMUNICAÇÃO



PROCESSO DE COMUNICAÇÃO



PROCESSO DE COMUNICAÇÃO



PROCESSO DE COMUNICAÇÃO

FEEDBACK
na comunicação

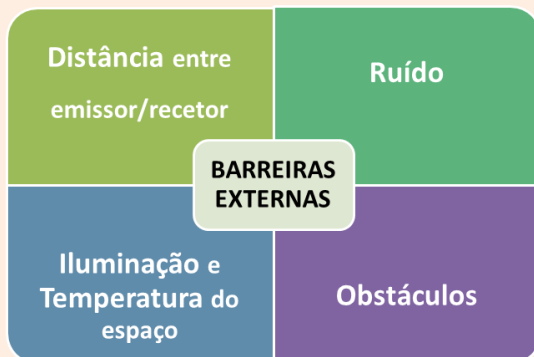


Permite-nos decidir
quais os processos de
comunicação que
posteriormente
devemos utilizar e
adotar, para obter o
efeito esperado

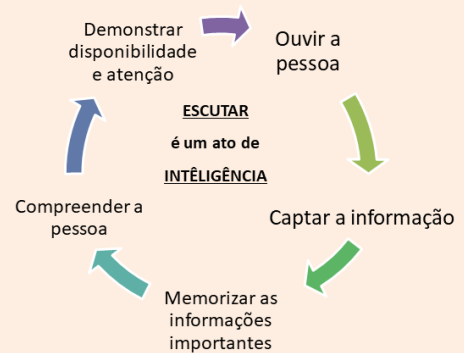
PROCESSO DE COMUNICAÇÃO



PROCESSO DE COMUNICAÇÃO

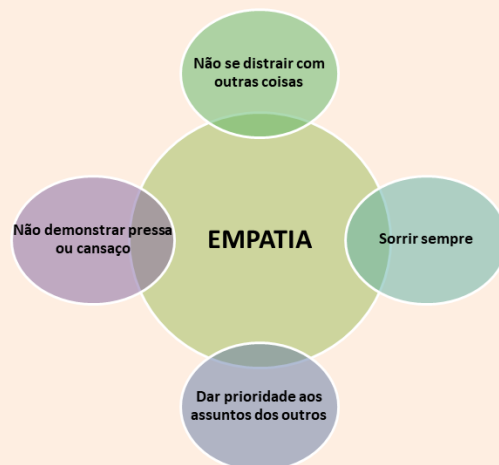


ESCUTA ATIVA



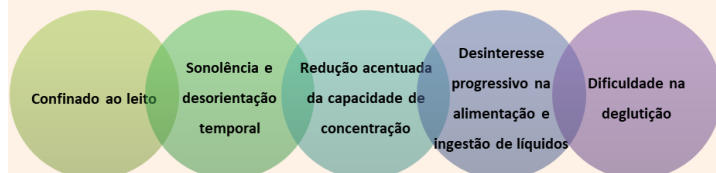
Empatia Vs Simpatia - Filme

COMUNICAÇÃO EFICAZ

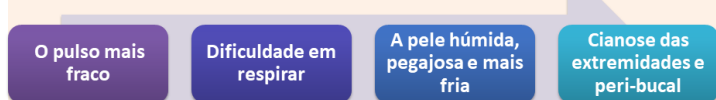


DIAGNOSTICAR A PROXIMIDADE DA MORTE

A condição do doente revela que a morte está para ocorrer:



Numa fase mais avançada poderá apresentar:



(Doyle, 2005)

SUGESTÕES DE MEDIDAS DE CONFORTO PARA O MOMENTO FINAL DA VIDA

- ✓ Manter o **ambiente** limpo, arrumado, ventilado e organizado;
- ✓ Permitir a entrada de **luz natural** de modo a acompanhar a evolução do dia;
- ✓ Manter **música** instrumental como parte do ambiente;
- ✓ **Evitar brigas, discussões** ou um ambiente tenso;
- ✓ Manter um **colchão confortável**, mudando o(a) paciente de posição a cada duas horas ou sempre que houver desconforto;
- ✓ Se for possível, manter a cabeceira da **cama mais elevada**;
- ✓ Providenciar o **banho diário**;

SUGESTÕES DE MEDIDAS DE CONFORTO PARA O MOMENTO FINAL DA VIDA

- ✓ Manter a **boca humedecida** com pequenos fragmentos de gelo;
- ✓ **Dosear as visitas**, evitando várias pessoas em um mesmo momento;
- ✓ Manter os **olhos lubrificados** com lágrimas artificial ou soro fisiológico;
- ✓ Manter a **integridade da pele**, prevenir úlceras por pressão;
- ✓ **Explique** sempre ao utente o que vai fazer, mesmo que este esteja aparentemente a dormir;
- ✓ **Alimentar** somente quando o utente estiver com o tronco elevado, se possível sentar.

SUGESTÕES DE MEDIDAS DE CONFORTO PARA O MOMENTO FINAL DA VIDA

- ✓ Não se privar de **dizer o que tem vontade**, abraçar e beijar.
- ✓ **Evitar o pânico no momento da morte**; lembrar que a morte é a despedida final da vida e, se possível, deve acontecer num ambiente sereno propício à celebração daquela vida que ali se acaba.

REFLEXÃO FINAL

“Através do que fazemos, procuramos transmitir mensagem essencial: cada pessoa interessa por ser quem é, e interessa até ao último momento da sua vida. E tudo será feito não apenas para que possa morrer tranquilamente, mas para que viva até morrer...”

(Twycross, R.; Lichter. I., 1999)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral da Saúde (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Disponível em: www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx;

Doyle, D.; Furst, C. (2005). *The terminal phase*. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3ª Ed., Oxford: Oxford University Press;

Neto I. (2010) - *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética. 2ª edição;

Twycross, R.; Lichter. I. (1999) . *The terminal phase*. : Oxford Textbook of palliative Medicine, 2ªEd., Oxford: Oxford University Press;

APÊNDICE XVI – Questionário de satisfação da Sessão



AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Sessão: “Cuidar com Compaixão a pessoa com doença avançada e em fim de vida”

Módulo I ☐ **Módulo II** ☐

Formador: Mestranda Sara Fialho

Data:

Assinale com um “X” o número que considerar segundo a escala: **1 – Discordo Totalmente / 2 – Discordo / 3 – Concordo / 4 – Concordo Totalmente**

	1	2	3	4
Os objetivos propostos foram cumpridos				
Os conteúdos abordados foram pertinentes				
A metodologia utilizada foi adequada				
A sessão de formação contribuiu para o seu desenvolvimento profissional				
Os conhecimentos adquiridos são pertinentes para o desempenho das suas funções				
A sessão de formação ajudou na consolidação de conhecimentos para a prestação de cuidados à pessoa com doença avançada e em fim de vida				
A sessão de formação correspondeu às suas expetativas				
O formador demonstrou conhecimento adequado na exposição dos conteúdos transmitidos				

No geral como classifica a sessão?

Sugestões para futuras sessões:

Muito obrigada pela colaboração!

APÊNDICE XVII - Ficha de avaliação de conhecimentos



FICHA DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

“Cuidar com Compaixão a pessoa com doença avançada e em fim de vida”

O envelhecimento da população conduz a um aumento das doenças crónicas, incuráveis e incapacitantes. Considerar os Cuidados Paliativos como uma resposta adequada conduz à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Das afirmações seguintes, assinale com uma cruz (X) caso considere verdadeiro (V) ou falso (F)

Afirmações	V	F
1. Os Cuidados Paliativos definem-se como cuidados prestados apenas no momento de fim de vida		
2. Os Cuidados Paliativos não aceitam a morte como um processo natural		
3. Os Cuidados Paliativos promovem o alívio do sofrimento e a qualidade de vida		
4. Empatia é a habilidade de se colocar no lugar do outro de forma a entender as suas necessidades, sentimentos e problemas		
5. Ter Compaixão para com o outro implica fazer algo para aliviar o seu sofrimento		
6. A doença, o cansaço e as crenças pessoais não são consideradas barreiras à comunicação		
7. Ao usar a escuta ativa não demonstro disponibilidade nem atenção à pessoa que estou a cuidar		
8. Se usar a escuta ativa evito repetir várias vezes a mesma pergunta		
9. O desinteresse progressivo na alimentação e a dificuldade na deglutição podem ser sinais de proximidade da morte		
10. No momento final da vida não é importante manter a boca humedecida, os olhos lubrificados e a integridade da pele		

Muito obrigada pela colaboração!

ANEXOS

ANEXO I - Critérios de Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem do MAIEC

Resumo de Critérios de Diagnóstico

Diagnóstico de Enfermagem	Critérios de Diagnóstico
Gestão Comunitária Comprometida	Se: Participação Comunitária comprometida e/ou Liderança Comunitária Comprometida e/ou Processo Comunitário Comprometido.
Processo Comunitário comprometido	Se: Coping Comunitário comprometido
Participação Comunitária Comprometida	Se: Processo do grupo comunitário comprometido
Liderança Comunitária Comprometida	Se: Défice de conhecimento no líder sobre questões basilares do projeto e/ou Défice de conhecimento nos membros da comunidade sobre questões basilares do projeto; e/ou Défice de conhecimento no líder sobre planeamento do projeto e/ou Défice de conhecimento nos membros da comunidade sobre planeamento do projeto e/ou Crença do líder sobre o projeto dificultadora e/ou Crença dos membros da comunidade sobre o projeto dificultadora e/ou Volição do líder da comunidade para o projeto comprometida e/ou Volição dos membros da comunidade para o projeto comprometida

Resumo das Intervenções gerais

Diagnóstico	Intervenções
Gestão Comunitária comprometida	Melhorar a Gestão Comunitária; Promover a Participação Comunitária; Promover a Liderança Comunitária; Melhorar o Processo Comunitário.

Diagnóstico	Intervenções
Processo Comunitário comprometido	melhorar o Processo Comunitário; Promover o coping comunitário; Advogar ao líder da comunidade estratégias de adaptação ao problema em análise; Advogar aos membros da comunidade estratégias de adaptação ao problema em análise; Promover no líder da comunidade a capacidade de avaliação do problema; Promover nos membros da comunidade a capacidade de avaliação do problema;

Diagnóstico	Intervenções
Liderança Comunitária comprometida	<p>Promover a Liderança Comunitária:</p> <p>Ensinar o Líder da comunidade sobre as questões basilares do problema em análise;</p> <p>Ensinar os membros da comunidade sobre as questões basilares do problema em análise;</p> <p>Otimizar crenças do líder da comunidade face ao projeto em análise;</p> <p>Otimizar crenças dos membros da comunidade face ao projeto em análise;</p> <p>Advogar projeto ao líder da comunidade;</p> <p>Advogar projeto aos membros da comunidade;</p> <p>Incentivar o líder da comunidade para participar no projeto em análise;</p> <p>Incentivar os membros da comunidade para participar no projeto em análise;</p>

Diagnóstico	Intervenções
Participação Comunitária comprometida	<p>Promover a Participação Comunitária:</p> <p>Otimizar processo de grupo comunitário (exemplo: criar comissões ou grupos de trabalho);</p> <p>Otimizar a comunicação na comunidade;</p> <p>Promover a capacidade da comunidade para participar e questionar os seus problemas;</p> <p>Promover parcerias na comunidade</p>

ANEXO II - Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (EAVEC)

Domínio	1	2	3	4	5
Participação Comunitária	Nem todos os membros e grupos da comunidade estão a participar nas atividades e reuniões da comunidade (ex. mulheres, jovens, homens)	Os membros da comunidade participam nas reuniões, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda.	Os membros da comunidade estão envolvidos na discussão, mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação. Limitados a atividades tais como trabalho voluntário e donativos financeiros	Os membros da comunidade estão envolvidos nas decisões no planeamento e implementação. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros.	A participação na tomada de decisão é mantida. Os membros da comunidade estão envolvidos em atividades fora da comunidade.
Capacidade de avaliação do problema	Não existe avaliação do problema desenvolvida pela comunidade	A comunidade apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação.	A comunidade tem competências. Os problemas e as prioridades são identificados pela comunidade. Não envolve a participação de todos os sectores da comunidade.	A comunidade identifica problemas, soluções e ações. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da comunidade.	A comunidade continua a avaliar e é a "dona" dos problemas, soluções e ações.
Liderança Local	Algumas organizações comunitárias sem um líder.	Existem líderes para todas as organizações comunitárias. Algumas organizações não funcionam sob a liderança dos seus líderes.	As organizações comunitárias funcionam sob liderança. Algumas organizações não têm suporte de líderes externos à comunidade.	Os líderes estão a desenvolver iniciativas com o suporte das suas organizações. Os líderes requisitam treino de competências.	Os líderes têm iniciativa total. Organizações em suporte total. Os líderes trabalham com grupos externos para ganhar recursos.
Estruturas organizacionais	A comunidade não tem estruturas organizativas tais como comités.	As organizações foram estabelecidas pela comunidade, mas não estão ativas.	Mais do que uma organização ativa. As organizações têm mecanismos que permitem aos membros ter uma participação significativa.	Muitas organizações estabeleceram ligações umas com as outras na comunidade.	As organizações estão ativamente envolvidas dentro e fora da comunidade. A comunidade está comprometida com as suas e outras organizações.
Gestão de programas	Por agente	Por agente em discussão com a comunidade.	Pela comunidade supervisionada pelo agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados. Regras e responsabilidades claramente definidas. A comunidade não recebeu treino de competências para a gestão de programas.	Pela comunidade, com assistência limitada do agente no planeamento, política e avaliação. Desenvolvido um sentido de pertença da comunidade.	A comunidade autogere independente do agente. A gestão é responsabilizável.
Relação com agentes externos	Agentes no controlo das políticas, finanças, recursos e avaliação de programas.	Agentes no controlo, mas discutem com a comunidade. Não existe tomada de decisão da comunidade. O agente atua em nome da agência para produzir resultados.	Agentes e comunidade tomam decisões conjuntas. O papel do agente é mutuamente acordado.	A Comunidade toma decisões com o suporte de agentes. O agente facilita a mudança com treino e suporte.	Os agentes facilitam a mudança a pedido da comunidade que toma as decisões. O agente atua em nome da comunidade para construir capacidades.
Mobilização de recursos	Os recursos não estão a ser mobilizados pela comunidade.	Apenas as pessoas ricas e influentes mobilizam os recursos criados pela comunidade. Os membros da comunidade são criados para providenciar recursos.	A comunidade tem recursos em reservas crescentes, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados.	Os recursos criados são usados para atividades fora da comunidade. Existe discussão pela comunidade sobre a sua distribuição mas não são distribuídos com justiça.	Criados recursos consideráveis e a comunidade decide sobre a sua distribuição. Os recursos são justamente distribuídos.
Ligações a outros	Nenhuma	A comunidade tem ligações informais com outras organizações e pessoas. Não tem um propósito bem definido.	A comunidade acordou ligações mas não estão envolvidas nas atividades e desenvolvimento da comunidade.	Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento da comunidade, baseado no respeito mútuo.	As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhoramentos para a comunidade.
Habilidade para "questionar porquê"	Não existem discussões de grupo para questionar sobre os assuntos da comunidade.	São desenvolvidas discussões por pequenos grupos para questionar sobre os assuntos da comunidade e para desafiar a sabedoria adquirida.	Grupos chamados a ouvir os assuntos da comunidade. Estes têm a habilidade para refletir nos assuntos, definindo as suas ideias e ações. Têm habilidade para desafiar a sabedoria adquirida.	Existe diálogo entre os grupos da comunidade para identificar soluções, auto- testar e analisar. Alguma experiência em testar soluções.	Os grupos da comunidade têm habilidade para autoanalisar e desenvolver esforços ao longo do tempo. Isto leva a mudança coletiva.